

1719
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Estudio de los Tumores de la Lengua y su Tratamiento en El Salvador

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

PABLO MORAZAN

EN EL ACTO DE SU DOCTORAMIENTO EN MEDICINA

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

1955



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESTUDIO DE LOS TUMORES DE LA LENGUA Y SU TRATAMIENTO
EN EL SALVADOR

Tesis Doctoral

presentada por:

PABLO MORAZAN

EN EL ACTO DE SU DOCTORAMIENTO EN MEDICINA

San Salvador, El Salvador, C. A.

- o o o -



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector:

DOCTOR ROMLO FORTIN MAGAÑA

Secretario General

DOCTOR JOSE ENRIQUE CORDOVA h.

FACULTAD DE MEDICINA

Decano:

DOCTOR SATURNINO CORTEZ MARTINEZ

Secretario:

DOCTOR ROBERTO CUELLAR



--oOo--

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

Clínica Médica:

DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ

DR. LAZARO MENDOZA

DR. EDUARDO NAVARRO.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

Clínica Quirúrgica:

DR. LUIS A MACIAS

DR. RICARDO POSADA n

DR. JOSE CEPEDA MAGAÑA

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

Clínica Obstétrica:

DR. ROBERTO ORELLANA V.

DR. ANTONIO LAZO GUERRA

DR. SALVADOR BATISTA MENA.



DOCTORAMIENTO PUBLICO:

Presidente: DR. RAUL E. ARGUELLO
1er. Vocal: DR. NARCISO DIAZ BAZAN
2º. Vocal : DR. ANTONIO PINEDA MARTINEZ.



D E D I C A T O R I A

A la Memoria de mi Madre

Angela Bonilla

A mi padre

Jorge Morazán Romero

A mi abuela

Catalina Melara

Con toda mi gratitud para mi hermano

Jorge Morazán h.

Con mi más profundo cariño y agradecimiento
a mi esposa

Marina de Morazán

A mi querida hija

Cecilia

A mis hermanos

Joaquín y Ana

A mi prima

Sara Guevara

A mis profesores

A mis amigos y compañeros.



AGRADECIMIENTO

Al Dr. Antonio Pineda Martínez
Al Dr. Narciso Díaz Bazán
Al Dr. Marco Antonio Fortín
Al Dr. Ricardo Posada h.
Al Tte. Cnel. Carlos Joaquín Cruz y
al Cuerpo de Ejército de la
Guardia Nacional.

• • • • •
• • • • •



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

PLAN DE TRABAJO

- 1) INTRODUCCION.
 - 2) GENERALIDADES SOBRE TUMORES LINGUALES.
 - 3) INCIDENCIA DE TUMORES LINGUALES.
 - 4) ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO PARA ELECCION
DEL TRATAMIENTO.
 - 5) ASPECTO CLINICO Y DIAGNOSTICO.
 - 6) TRATAMIENTO.
 - 7) CUADROS SINOPTICOS.
 - 8) ANALISIS DE LOS CUADROS ANTERIORES.
 - 9) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
 - 10) BIBLIOGRAFIA.
-

I N T R O D U C C I O N

Al elegir el presente trabajo, como Tesis de mi Doctoramiento: Público, lo hago con el propósito de dar a conocer no un tema nuevo, sino para hacer resalta ciertos aspectos concernientes hasta donde sea posible lo más cercanamente, en lo que se refiere a tumores linguales y su tratamiento en nuestro país; analizando las particularidades de nuestros casos, la época en que se presentan más frecuentemente, los medios de diagnóstico, los éxitos y los errores cometidos en su tratamiento; para obtener así en el futuro, mejores resultados y mayores años de supervivencia en los pacientes que sufren de este terrible mal.

A la vez, quiero hacer resaltar la necesidad del descubrimiento temprano de estas lesiones, de no contentarse con hacer un diagnóstico clínico presuntivo é instituir inmediatamente el tratamiento elegido al azar; sino también recurrir lo más pronto que se pueda, al examen histopatológico, para especificar el grado y extensión de la lesión; descubrir las metástasis, y ya con estos datos, elegir el tratamiento adecuado, y no conformarse con éste únicamente, dando una seguridad cien por ciento al paciente, sino de hacerle ver la necesidad de un chequeo periódico durante determinado lapso de tiempo, para así asegurarle mejor su curación tanto clínica como definitiva, proporcionándole a la vez la prolongación de su existencia, en condiciones de poder ser una persona útil a la sociedad.

En lo que al tratamiento se refiere, quizás sea la parte más difícil de abordar; pero vale la pena hacer el esfuerzo y tratar de obtener del análisis de los casos estudiados, aquellos que más se adapten a las circunstancias especiales, propias de nuestros enfermos, ya que éstos, debido a la idiosincrasia, factores ambientales, condiciones de nutrición, etc., vienen a darnos una patología hasta cierto punto diferente, de la de otros países, y lo que en aquellos dá buen resultado, en los nuestros puede dar un rotundo fracaso.

Es por éso que quiero hacer hincapié, enfatizando sobre este punto, ya que es la piedra de toque para el éxito del tratamiento de esta grave enfermedad.

Si bien es cierto que en la actualidad contamos con los beneficios del Radium, de los Rx. y de la Cirugía, no por sí solos o en combinación de unos y otros son suficiente pa-

ra vencer el cáncer, de ahí que es necesario tener primero un examen completo, establecer diagnóstico tanto clínico como de laboratorio, luego pesar todos estos datos y una vez obtenido el sumun de la investigación, recurrir al tratamiento, ya sea Radium, Rx., Cirugía o bien la combinación de éstos, para lograr una victoria eficaz que compense el esfuerzo, curando o aliviando al enfermo y prolongando su existencia.

Este trabajo ha sido posible por medio de la revisión de los archivos de la Clínica de Diagnóstico Precoz del Cáncer del Hospital Rosales y del Servicio de Cancerología de la Sociedad de Beneficencia Pública, obteniendo un total de 34 casos, en los años comprendidos desde 1939 a 1954. Este número limitado de casos es el obtenido como de verdadero valor, pues los únicos que tienen un estudio más o menos completo, los demás encontrados eran muy deficientes en la investigación y por eso no fueron incluidos. Es posible que haya más casos pero que no estén controlados en las clínicas de Cancerología, lo cual resta valor un poco a este estudio; pero sin embargo, creo que más que dicho valor exacto que pudiera tener este trabajo, es el esfuerzo puesto en dar a conocer en que época son más frecuentes estos tumores, la relación con el sexo, sus principales síntomas, el tipo histológico de ellos, y la forma en que han sido manejados.

GENERALIDADES SOBRE TUMORES DE LA LENGUA

Dada la brevedad de este trabajo, haré una revisión sucinta y hasta donde sea lo más completa posible, en lo que a tumores linguales se refiere, sobre todo en materia de lesiones benignas y premalignas, y haré hincapié concretándome a fondo en las lesiones malignas, ya que estas neoplasias de la cavidad oral son muy frecuentes; pues representan alrededor del 15% de todos los tumores del tracto respiratorio superior y digestivo y más o menos el 25% de los cánceres intra bucales.

Definición: Comprende todos los tumores que se desarrollan sobre la superficie del órgano o en el cuerpo del mismo. Los límites superficiales son: por detrás la fosa glosopiglótica, por delante la punta y por los lados la unión de la lengua con el suelo de la boca. Las neoplasias linguales casi invariablemente son de origen epitelial y por consiguiente se desarrollan en la superficie del órgano.

Tumores Benignos y Lesiones Premalignas: La importancia de los tumores benignos y de las lesiones premalignas es doble;

- 1º) Los tumores benignos deben ser diferenciados de los malignos, para tranquilidad del paciente por una parte, y por otra por la frecuencia con que algunos de estos tumores se vuelven malignos;
- 2º) Las lesiones premalignas tales como papilomas epiteliales y leucoplasias, deben ser adecuadamente tratadas para prevenir el desarrollo en ellos de un tumor maligno.

La boca es un excelente medio de crecimiento bacteriano, una fuente de procesos inflamatorios e infección secundaria de tumores benignos y malignos. Las diferentes partes de la boca están sujetas a injurias constantes por alimentos, dentaduras mal ajustadas y raigones dentarios. Estas irritaciones crónicas favorecen el desencadenamiento de lesiones malignas.

Entre los tumores benignos y lesiones premalignas tenemos

- 1º) Los traumatismos, los cuales son producidos por mordeduras, dentaduras mal ajustadas, raigones dentarios,
-

lesiones que producen hipertrofia de la mucosa de la lengua o de otras partes de la cavidad oral, lo cual no es más que la reacción a traumas repetidos, los cuales no son raros y deben ser diferenciados de los verdaderos tumores.

2ª) Inflammaciones: Granulomas de la lengua; éstos son causados por mordeduras, seguidos de infección secundaria. Son sumamente vascularizados y muchas veces es difícil histológicamente diferenciarlos entre un hemangioma infectado y un granuloma vascular. Muchos granulomas de la lengua aparecen en niños mayores y adultos jóvenes. Generalmente no hay síntomas, más que la historia de mordeduras y la aparición de una masa elevada que sangra fácilmente.

Otras lesiones inflamatorias; como aftas, úlceras y úlceras traumáticas, es fácil diagnosticarlas por la historia y su aparición.

En toda úlcera traumática que persiste por más de dos o tres semanas, la biopsia se hace imperativa. De las lesiones inflamatorias crónicas de la boca, las que requieren verdadera diferenciación de los tumores, son la sífilis y la tuberculosis.

Sífilis: Esta puede ser el chancro primario, placas mucosas secundarias, el goma terciario o bien la glositis sífilítica. La historia y los síntomas sugieren el diagnóstico, el cual es confirmado por las reacciones serológicas. Las lesiones sífilíticas más importantes a ser diferenciadas del cáncer son: la glositis sífilítica y el goma. La primera es característica; la lengua aparece engrosada y cicatrizada; las papilas están atrofiadas, lo mismo que se encuentran diseminadas aquí y allá zonas brillantes, también se encuentran esparcidas algunas placas de leucoplasia. Otra forma de sífilis terciaria de la lengua es el goma. Este comienza como un nódulo único profundamente enclavado, situado sobre el dorso. La necrosis ocurre, con expulsión de un material sucio fétido, dejando un borde elevado y desgarrado. La úlcera está característicamente abierta y es indolora. Su importancia es la diferenciación con el cáncer. Cáncer y sífilis particularmente en la lengua, están frecuentemente asociados, tan es así, que muchos de los que padecen de cáncer de la lengua tienen serología para sífilis positiva. (Si por ejemplo, después de dos o tres semanas de tratamiento antilúético el goma no cura, debe inmediatamente practicar se una biopsia. Palpación de una zona dura o nódulos, indica el sitio de la biopsia.)

Tuberculosis: Tuberculosis de la lengua es siempre secundaria a una tuberculosis de los pulmones o de otra parte del cuerpo. El esputo infectado contamina alguna solución de continuidad de la mucosa y allí se asienta el proceso tuberculoso.

De las tres úlceras crónicas de la lengua la más dolorosa es la tuberculosa; sólo en muy raras ocasiones es indolora. En la lengua, la úlcera es profunda con una base nodular limpia, bordes sobresalientes y desgarrados. El diagnóstico se hace por biopsia y Rayos X. del tórax.

Actinomicosis: La actinomicosis de la lengua rara vez es primaria pero puede ocurrir como una metástasis. Usualmente aparece como un tumor único aislado muy próximo a la punta de la lengua. El curso puede ser agudo como en un absceso o puede ser crónico. El diagnóstico se hace por examen microscópico del nódulo incindido. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la Tuberculosis, Sífilis terciaria, quistes, abscesos, fibromas y epitelomas.

3º) Entre otras lesiones precancerosas tenemos, según la opinión de Martin y Koop (1), las avitaminosis. Es bien sabido que los trastornos degenerativos de la membrana mucosa de la boca y de la lengua pueden ser producidos por deficiencias vitamínicas y creen que la principal causa de lesiones precancerosas en la lengua y en la cavidad oral es la falta de Vitamina "B". Estos autores opinan que en la mayoría de casos de cáncer de la boca y de la lengua, tales trastornos son encontrados y que las deficiencias leves que persisten por un largo período de tiempo conducen a lesiones tales como atrofia de las papilas y leucoplasia, mientras que las deficiencias agudas producen úlceras. Ellos y otros colaboradores confirman de las investigaciones, que pacientes con cáncer de la cavidad oral desarrollan avitaminosis a causa de una ingestión inadecuada de alimentos. De gran interés son los casos tempranos de avitaminosis en la boca, tales como perleches, queratosis y ciertos tipos de atrofia papilar de la lengua, lo mismo que ulceraciones superficiales de ésta. Estas lesiones pueden ser diagnosticadas descartando otras enfermedades ya haciendo un estudio cuidadoso de los hábitos dietéticos del paciente. Si en estas lesiones se encuentran zonas de induración o cualquier sospecha de malignidad, la biopsia está indicada.

4º) Lesiones de origen desconocido: Entre éstas tenemos la glosodinia, la cual casi nunca provoca cáncer; la lengua pelosa en la cual encontramos los llamados pelos, que no son

más que las papilas filiformes elongadas y que se desarrollan en la parte media del dorso de la lengua. El color de estas papilas que pueden ser negro o café, etc., es debido a ciertas sustancias como café, tabaco, etc. Esta lesión muy raras veces tiene relación con cáncer de la lengua.

Lengua geográfica o glositis areata exfoliativa, es una enfermedad de origen desconocido; la principal importancia clínica es hacer la diferenciación de esta enfermedad benigna con los procesos malignos. Esta enfermedad es frecuente en niños y adultos jóvenes.

5º) Papilomas epiteliales: Puesto que la mucosa de la cavidad oral es del tipo de células escamosas, los papilomas o verrugas ocurren aquí como en la piel. Estos tumores en medio húmedo nunca son tan duros y cornificados como en la piel. Sin embargo, estas verrugas pueden ser firmes, debido a gran cantidad de epitelio escamoso queratinizado. Su importancia clínica es debida a la posibilidad de volverse malignas. Los carcinomas papilares, a causa de su apariencia verrucoide, fácilmente pueden haber tenido su origen en una verruga benigna. Estos tumores deben ser diferenciados de los papilomas inflamatorios o papilitis, inflamación de las papilas linguales que producen hipertrofia y tumefacción. Las leucoplasias frecuentemente tienen su origen sobre una formación papilomatosa. En tales casos dicha leucoplasia debe ser considerada como la antesala de la lesión maligna.

Un papiloma, es una proliferación del epitelio escamoso que se desarrolla en forma de pliegues o dobleces y más tarde, en una proyección en forma de dedo. En el centro de esta papila hay una pequeña cantidad de tejido conectivo por el cual corren vasos sanguíneos.

Los papilomas pueden ser únicos, múltiples o confluentes, dándole la forma de un coliflor.

Los síntomas son producidos según su tamaño. Grandes papilomas en forma de coliflor interfieren la masticación y la palabra normal; cuando hay trauma por mordedura sangran profusamente. Butlin (1) dice que los papilomas de la lengua pueden aparecer a cualquier edad y que no es raro que sean de origen congénito. Este mismo autor ha descrito tumores papilomatosos en las papilas fungiformes. Aunque nunca se ha visto carcinoma de la lengua que se de-

sarrolle primitivamente en el área rómbica mediana (área romboide enfrente de las papilas circunvaladas), en cambio sí se han observado papilomas en esta región.

Estos tumores presentados como papilares, eran tumores elevados, blandos, algunas veces enrojecidos.

Linfangiomas y Hemangiomas: Los linfangiomas y hemangiomas no son tipos raros en la cavidad oral.

Patogénesis: Los hemangiomas se forman de los rudimentos endoteliales o bien del endotelio de los vasos, y los linfangiomas se forman del endotelio de los canales linfáticos.

Conducta Clínica: Los linfangiomas y los hemangiomas pueden ser congénitos o formarse poco después del nacimiento. Dichos tumores pueden aparecer en cualquier parte de la cavidad oral y cuando aparecen en la lengua y sobre todo si son grandes, el término macroglosia es aplicado y generalmente son de origen congénito.

Los linfo y hemangiomas linguales pueden ser pequeños o alcanzar gran tamaño, obligando al paciente a mantener la lengua fuera de la boca. La superficie de la lengua es áspera, ligeramente nodular y brillante. Los linfangiomas son de color de la mucosa normal o quizás un poco más pálidas; los hemangiomas son de color rojo oscuro. Muchas macroglosias son mixtas, el tumor principal puede ser pequeño, nodular y brillante, con nódulos dispersos aquí y allá de color rojizo y elevado. El hemangioendotelioma puede también aparecer en la boca y muy fácilmente dá metástasis. Cheyne y Silberstein (1), creen que es un tumor potencialmente maligno.

Mucocoele: Entre otros tumores benignos tenemos el mucocoele, el cual aparece en forma de tumoración en la lengua, y no es más que un quiste de retención. Estos quistes se forman por la acumulación de mucus en una glándula mucosa, en la cual el conducto excretorio se ha obstruido.

Fibromas: No son tumores comunes. Estos tumores tienen su origen en el tejido mesodérmico, pero todavía no se tiene perfectamente dilucidada la histogénesis de ellos. Generalmente se originan de la capa profunda de la mucosa. Los fibromas son tumores bien definidos y no producen más síntomas que los del tamaño de la masa misma. Pueden ser sesiles o pediculados.

Lipomas: Los lipomas de la lengua son raros pero, ocurren ocasionalmente en la superficie de la lengua o debajo de ella. Pueden ser únicos o múltiples. Son superficiales muy móviles y usualmente no causan trastornos. El color amarillo puede ser aparente a través de la mucosa.

Aún más raros son los tumores musculares, los cuales pueden ser rabdomiomas o leiomiomas. De estos tumores los observados han sido rabdomiomas y mioblastomas, éste último se considera como un verdadero tumor benigno. Este tumor está compuesto de células redondas y alargadas, las cuales pueden ser estriadas o dispuestas en cintas o en haces. Estos tumores no son encapsulados, las células alteradas están distribuidas irregularmente entre las células musculares estriadas adultas de la lengua.

Willis (1) cree que estas lesiones son el resultado de injurias a las fibras musculares con subsecuentes trastornos degenerativos o regenerativos. Su localización más frecuente es en el borde lateral o en el dorso de la lengua. El rabdioma, a pesar de ser un tumor de fibras musculares bien diferenciadas, es considerado a pesar de su diferenciación, como un tumor potencialmente maligno.

Condroma: Son tumores cartilaginosos de la lengua muy raros, pero pueden aparecer en forma de inclusiones congénitas en la línea media o bien pueden crecer secundariamente a endoteliomas.

Leucoplasia: Es común en la boca y puede encontrarse en la superficie de los labios, encía, mucosa bucal y en la lengua. La leucoplasia como su nombre lo indica, significa mancha o placa blanca. Paradójicamente se encuentra con frecuencia seca aunque esté bañada por la saliva. Su superficie usualmente es plana y rota por hendeduras en el epitelio escamoso, en forma cruzada, dándole un aspecto de mosaico.

Patogénesis: La leucoplasia es una hipertrofia del epitelio escamoso, el cual aparece al microscopio como una hiperqueratosis vista en la piel. El epitelio escamoso está hiperqueratinizado y engrosado, hasta que se resquebraja tomando entonces su superficie la forma de un mosaico. En la lengua donde la superficie está constantemente humedecida, la lesión no descama como en las hiperqueratosis de la piel.

Etiología: Que muchos casos de leucoplasia son secundarios a alguna forma de traumatismo crónico es evidenciado cuando un trauma de esta naturaleza tales como tabaco, dentaduras mal ajustadas o raigones dentarios son eliminadas, muchas de estas placas de leucoplasia mejoran o desaparecen completamente. Ewin, Boyd (1) y otros aseguran por este hecho que la leucoplasia es evidencia de alguna forma de irritación crónica. Estos mismos autores y otros atribuyen muchos casos a la sífilis. J. Earle Moore (1) cree que hay estrecha relación entre la sífilis y la leucoplasia de la lengua, aunque dice que no hay suficientes datos estadísticos significantes, para dar un dato exacto del porcentaje de leucoplasia de la lengua con base netamente sifilítica.

Fournier (9) dice que la leucoplasia luética va seguida de cáncer en el 30% de los casos, pero muchos autores afirman que estas lesiones son simples sospechas y no cabe duda alguna de que la enfermedad tiene gran tendencia a hacerse maligna, por lo que deberá tratarse en todos los casos como una lesión específicamente precancerosa.

Varios observadores han llamado la atención sobre el posible papel de la avitaminosis "A" en la etiología de la leucoplasia.

Por otra parte no es raro ver leucoplasia en sitios donde no hay evidencia de irritación crónica ni de sífilis. Estas observaciones han llevado a los investigadores a pensar en algún factor biológico subyacente en la etiología de la leucoplasia. Sin embargo, todos están de acuerdo en que la leucoplasia, en muchos casos si no en todos, es una lesión precancerosa.

Conducta Clínica: La leucoplasia ha sido clasificada en dos grupos, o más bien en tres, según el peligro de volverse maligna.

Esta clasificación es puramente clínica:

1º) El primer grupo puede ser llamado leucoplasia aguda, a aquella en la cual la historia data de unas cuantas semanas o algunos meses. Estas lesiones desarrolladas rápidamente se encuentran engrosadas y algunas veces hasta ulceradas o papilomatosas. Este tipo de lesiones es más fácil que se vuelvan malignas que las del segundo grupo.

- 2º) La leucoplasia crónica data a veces de diez, quince o veinte años. Usualmente ésta forma es más difusa y aparece como una placa delgada sobre la superficie de la lengua. Pequeñas lesiones rojizas como del tamaño de una cabeza de alfiler pueden también encontrarse, dándole la apariencia de diminutos cráteres.
- 3º) Un tercer grupo, intermediario, considerado como del tipo subagudo, pero que probablemente representa una forma temprana de una variedad más crónica y que se mantiene intermediaria entre la duración de la enfermedad y período de desarrollo entre los tipos uno y dos, pero tendiendo a pertenecer más al tipo dos.

CANCER DE LA LENGUA: Para entrar en materia de cáncer de la lengua haré una breve reseña de la embriología y anatomía del órgano, la cual es indispensable para aclarar los problemas de diagnóstico y tratamiento, particularmente cuando se trata de operaciones quirúrgicas sobre dicho órgano. Además, también para relacionar la frecuencia con que el cáncer de la lengua se presenta muchas veces unido a la invasión del piso de la boca o bien el cáncer del piso de la boca ligado con el cáncer de la lengua.

Por estas razones el cáncer de la lengua y el piso de la boca deben ser estudiados juntos;

- 1º) Por embriología sabemos que la membrana mucosa de la boca y de la lengua se desarrollan de las mismas fuentes embriológicas, es decir, el primero y segundo arcos branquiales.
- 2º) Muchos cánceres de la lengua han invadido el piso de la boca cuando son vistos por primera vez por el Médico, especialmente aquellos que están localizados en la parte media del borde lateral, los cuales comprenden el 58% de todos los cánceres de la lengua.
- 3º) El 4% de cánceres de la lengua se originan en la superficie inferior de la punta y muchos de éstos se han extendido al piso de la boca, antes de que se haya intentado alguna forma de tratamiento.
- 4º) Las metástasis de la parte anterior de la lengua y del piso de la boca, siguen cursos similares. El carcinoma del piso de la boca metastatiza más rápidamente que el cáncer de la lengua a causa de su proximidad con los ganglios linfáticos.

- 5^a) La terapia de radiación y los procedimientos quirúrgicos para cáncer de la lengua y piso de la boca, representan problemas que requieren un conocimiento adecuado de estructuras anatómicas similares.

Embriología: Se ha enfatizado, que los dos tercios anteriores de la lengua que comprende desde el pilar anterior y las papilas circunvaladas hacia adelante se origina del primero y segundo arcos branquiales y se encuentra cubierto por el ectodermo.

Entre los arcos mandibulares o primer par de arcos y el segundo par o hicideo, aparece en la quinta semana de la vida fetal, una protuberancia única denominada el tubérculo impar; éste está también cubierto por ectodermo y gradualmente emerge con las dos porciones laterales para formar la parte principal del cuerpo de la lengua.

La mucosa de la raíz de la lengua, se origina del ectodermo en la región de la cópula, que es una elevación ventral mediana formada por la unión del segundo arco hicideo con la adición del tercero y cuarto arcos. Luego la raíz se vuelve infiltrada de tejido linfoide y ésta parte está relacionada con la deglución.

Puesto que el cuerpo, o sean los dos tercios anteriores de la lengua están cubiertos con ectodermo, los tipos de cáncres que se originan en él, son histológicamente diferentes, de aquellos que se desarrollan en la base, pues la membrana mucosa de ésta procede del entodermo. Los carcinomas de los dos tercios anteriores de la lengua son tumores de células escamosas bastante diferenciadas. Los del tercio posterior o base de la lengua son menos diferenciados y más anaplásicos. Estos también aparentemente, tienden a dar metástasis más rápidamente que aquellos que están enfrente de las papilas circunvaladas y son más sensibles a la terapia por radiación, mientras que los de los dos tercios anteriores, siendo más diferenciados, son menos radiosensibles. Por otra parte, los cáncres de la porción anterior son más accesibles a la extirpación quirúrgica y a la irradiación, que los del tercio posterior de la lengua.

Anatomía: Para clarificación de los problemas de diagnóstico y tratamiento particularmente las operaciones quirúrgicas, haremos una revisión de la anatomía de la lengua.

La lengua es un órgano muscular, que descansa sobre el suelo de la boca y tiene la forma de cono aplanado que se extien-

de de atrás adelante. La porción movable del órgano, esto es, sus dos tercios anteriores, se extiende hacia adelante de la "V" lingual, formada por las papilas caliciformes. Es esta porción la que pertenece a la cavidad bucal propiamente dicha. La base queda por detrás de la "V" lingual y pertenece a la buco-faringe.

La cara superior de la lengua es un tanto convexa, su superficie inferior está adherida al suelo de la boca, excepto en su parte anterior. Los bordes laterales del órgano son redondeados y concuerdan con la arcada dental.

Los músculos de la lengua tienen su inserción más fuerte en el hueso hioides y están divididos en la línea media por un tabique fibroso. La lengua, está cubierta de epitelio escamoso estratificado, por debajo del cual hay abundantes glándulas mucosas y serosas. El aspecto irregular del dorso del órgano, es ocasionado por papilas numerosas y variadas. La membrana mucosa está firmemente adherida a los músculos subyacentes. La base de la lengua, es la porción de ésta, que se halla por detrás del surco terminal o "V" lingual, formada por las papilas circunvaladas. A los lados se forma el surco glosofaríngeo, entre la base de la lengua y la pared lateral de la faringe. Hacia atrás termina formando la pared anterior de las fosas gloepiglóticas o valéculas. Un pliegue que se halla en la línea media y que va de la base de la lengua al borde libre de la epiglottis separa las valéculas.

La base de la lengua carece de la mayor parte de las diferentes papilas que cubren los dos tercios anteriores del órgano, pero es más rica en elementos neurógenos del sentido del gusto o papilas gustatorias. La membrana mucosa de la base de la lengua es de epitelio escamoso estratificado, que cubre numerosos tubérculos ó nódulos linfoides encapsulados, los cuales le dan el aspecto irregular a la superficie. Esta membrana mucosa, no está tan firmemente adherida al músculo subyacente como en los dos tercios anteriores del órgano.

Vasos linfáticos: La red de vasos linfáticos de los dos tercios anteriores de la porción movable de la lengua, es casi enteramente independiente de la red linfática de la base o parte faríngea. La red linfática de la membrana mucosa es abundante y tiene intercomunicación con la red muscular igualmente copiosa. Estos vasos linfáticos se unen y forman varios troncos recolectores.

Vasos linfáticos apicales: Los vasos linfáticos de la punta de la lengua se unen y forman dos troncos que corren en dirección al frenillo y en cada lado de la línea media, van hacia atrás y abajo, pasan por debajo del músculo digástrico y por dentro del hueso hioides y termina en el linfoganglio supraomohioideo de la cadena yugular interna en la región mesocervical.

Hay un tronco linfático de la punta de la lengua, que termina en los ganglios submentonianos, pero éste se presenta rara vez en el sujeto adulto y por tanto es de poca importancia en el cáncer de dicho órgano.

Vasos linfáticos marginales: Estos troncos recolectores del borde lateral y superficie inferior de la lengua, pueden seguir dos direcciones; a) van hacia la línea media hasta la glándula submaxilar, continúa hacia los ganglios de la cadena yugular anterior y termina en un ganglio que está situado tanto más abajo en el cuello, cuanto más hacia adelante se originan los vasos de la lengua. En consecuencia, estos vasos linfáticos que recogen la linfa procedente de un área del borde lateral de la lengua, cerca de la "V" lingual, terminan en el grupo subdigástrico de linfoganglios yugulares anteriores. En cambio, los más cercanos a la punta de la lengua terminan cerca del antes mencionado ganglio supraomohioideo; o en él; b) un grupo menos numeroso de vasos linfáticos va en dirección lateral hacia la glándula submaxilar y termina en los ganglios del grupo submaxilar.

Vasos linfáticos centrales: Estos recogen la linfa de los dos tercios mediales de la cara dorsal de la lengua y abarca toda la región situada por delante de las papilas caliciformes. Estos troncos recolectores pueden correr en dirección a la línea media hasta la glándula submaxilar y desembocar en los ganglios de la cadena yugular o bien tomar un curso lateral en relación con la mencionada glándula y desagua en los ganglios submaxilares. Dichos troncos a menudo cruzan la línea media y desembocan en los ganglios submaxilares y yugulares del otro lado del cuello.

Vasos linfáticos de la base: La red linfática de la base de la lengua es notablemente independiente del resto de los vasos linfáticos de la lengua. Los troncos recolectores pasan por la pared lateral de la faringe inmediatamente por debajo de la amígdala palatina y terminan en los ganglios del grupo subdigástrico donde vierten la mayor parte de los vasos linfáticos de la bucofaringe.

Morbilidad y Etiología: Los tumores malignos de la lengua se presentan más comunmente en el sexo masculino y con mayor frecuencia de los 40 a los 60 años, pero en un 20% se presenta en sujetos menores de 40 años; En el sexo femenino la frecuencia es variable, representando a lo sumo la cuarta o quinta parte, en términos generales.

Según Piquantin (9), el 17% se presenta en la mujer. Se han observado casos en la infancia y Frank, Enfield y Miller (9) han descrito un carcinoma epidermoideo infiltrante en un recién nacido.

En El Salvador la mayor incidencia se ha obtenido en la quinta década de la vida. De los 26 casos de cáncer de la lengua encontrados; 12 corresponden al sexo masculino y 14 al sexo femenino.

En Suecia, se ha reportado una mayor incidencia en la mujer, alcanzando el 40%, lo cual se debe en ese país, a la frecuencia del Síndrome de Plummer-Vinson que ha sido considerado como factor causal de cáncer, especialmente en el sexo femenino (Dicho Síndrome consiste en Anemia, Gastritis hipoclorhídrica, Faringitis y Esofagitis.)

El origen del cáncer de la lengua es desconocido, sin embargo, se ha considerado que el alcohol, tabaco, enfermedades dentarias, falta de higiene bucal, etc. sean agentes coadyuvantes en la etiología del cáncer de la lengua. La corriente eléctrica que se forma entre dos empastaduras dentales de metales disímiles, también ha sido considerado como factor coadyuvante (Rovner y Cantril) (2).

Llama la atención la alta incidencia de sífilis en los pacientes de cáncer de la lengua. Según Ackerman y Regato del 20 al 40% son sífilíticos. (2).

En un estudio de 3.000 casos hechos por Levin, encuentra que la concomitancia de sífilis con cáncer de la lengua, tiene una coincidencia 5 veces mayor, que la de la sífilis con cualquier otra localización de cáncer.

Estos datos inclinan a pensar que la sífilis es quizás uno de los factores más importantes en el desarrollo del cáncer de la lengua; sin embargo, la existencia de este factor no necesariamente indica la relación de causa y efecto y muchos autores creen que el tratamiento arsenical que se ha instituido a muchos pacientes es el responsable de la ma-

yor incidencia en este grupo de enfermos. Con el advenimiento de nuevos tratamientos es muy probable que el problema será dilucidado.

Según Martín (2), aproximadamente la mitad de los cánceres de la lengua; (46%) se acompañan de leucoplasia en mayor o menor grado y en multitud de ocasiones se sabe que la lesión se origina de la leucoplasia preexistente. Por otra parte, no todas las leucoplasias de la lengua degeneran en carcinomas.

Papilomas epiteliales y otros tumores benignos: Puesto que la lengua está sujeta a traumatismos continuos, por los dientes, están éstos o no cariados, por dentaduras mal ajustadas, por el tabaco, fumado o masticado y por otras causas, cualquier tumor benigno de la lengua debe ser removido tan pronto como sea descubierto. Los papilomas son particularmente peligrosos, pues representan una proliferación anormal y que bajo el estímulo de la irritación o el trauma, pueden sufrir su transformación maligna.

El cáncer de la base de la lengua no es tan frecuente como el de su porción movable. La gran mayoría de los carcinomas de la base se presentan en hombres en el sexto decenio de la vida, pero aproximadamente una tercera parte de los linfopiteliomas o linfosarcomas se halla en la mujer.

Khanolkar (2) publicó un informe acerca de 1.000 carcinomas de la lengua observados en el Tata Memorial Hospital de Bombay, India, la mayor parte de los cuales fué de carcinomas de la base. Esto está en oposición a la mayor morbilidad del carcinoma de la porción movable en casi todos los demás países del globo.

Es posible que muchos de los neoplasmas de que dió cuenta Khanolkar, habrían podido ser clasificados entre los carcinomas del surco glosofaríngeo, pero, aún así, esta morbilidad del carcinoma en esa región, es enteramente desproporcionada. Se ha atribuido la antedicha morbilidad, al hábito de masticar betel, tan común en algunos países orientales. Mas si se considera que el carcinoma de la cavidad bucal parece ser igualmente común en algunas regiones en que no es frecuente el hábito de masticar betel, queda por demostrar la antedicha aseveración.

INCIDENCIA DE TUMORES LINGUALES

Al referirme a la incidencia de los tumores de la lengua, la haré dirigiéndome en particular a la de los tumores malignos, ya que no he encontrado estadísticas relativas a los tumores benignos y lesiones premalignas.

La incidencia de cáncer de la lengua, según reporte de 1.500 casos de cáncer de este tipo, recogidos por Martin, Munster y Sugarbaker (1), en el Memorial Hospital de New York (1940) comprende alrededor del 15% de todos los tumores del tracto respiratorio superior y alimenticio, y más o menos el 25% de todos los tumores intraorales. Ellos creen que el cáncer de la lengua oscila entre el 2 y 3% de todos los cánceres humanos.

Según Pessano (4) representa el 2% de todos los tumores malignos.

Del estudio analítico, de 1.750 casos de cáncer hecho por el Dr. Mario Sosa Orellana (3), se encontraron 27 casos de cáncer de la lengua, lo cual representa un porcentaje de 1.55% del total de localización de cáncer en El Salvador. De estos 27 casos, 16 corresponden al sexo masculino o sea el 0.9% y 11 al sexo femenino o sea el 0.6%.

De una revisión de 8.621 hojas clínicas de pacientes de primera consulta, que asistieron al Consultorio de Cancerología de la Sociedad de Beneficencia Pública, con 1.616 casos positivos de cáncer, desde Septiembre 3 de 1938 a Septiembre 3 de 1954 hecha por el Dr. Ricardo Posada, se encuentra que el cáncer de la lengua ocupa el octavo lugar entre todas las localizaciones de cáncer en El Salvador,

En lo que se refiere a la localización primitiva del tumor el porcentaje obtenido por su frecuencia es el siguiente: tercio medio del borde lateral 55%; base 30%; tercio anterior 15% (Christopher) (5); punta y cara inferior 2% (Pessano) (4).

El tipo histológico más frecuente de carcinoma lingual es el carcinoma epidermoide. En el Texas Cancer Bulletin, 1948 N° 1 (1), se lee que el carcinoma epidermoide de la lengua, es el que causa más muertes, que cualquier otro cáncer de este tipo de la cabeza y cuello.

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE LOS TUMORES DE LA LENGUA
PARA ELECCION DEL TRATAMIENTO.

Es de importancia capital dicho estudio de los tumores de la lengua, pues no sólo nos muestra la estructura microscópica de ellos, sino también que a la par nos da en cierta forma la pauta para el inicio del tratamiento, pues según el tipo de células que lo forman, sabemos si son sensibles o no a radiaciones o si pertenecen netamente al dominio de la exición quirúrgica.

Comenzaremos por hacer una breve descripción de las lesiones histológicas más importantes.

Papilomas epiteliales: Un papiloma es una proliferación de epitelio escamoso, dispuesto en pliegues y más tarde en una proyección en forma de dedo, en el centro de esta papila hay una pequeña cantidad de tejido conectivo, por el cual corren vasos sanguíneos.

Linfangiomas y hemangiomas: Al examen microscópico, el hemangioma aparece en forma capilar o cavernosa. En la boca donde el tumor se encuentra sujeto a injuria é infección, los signos inflamatorios son comunes. Thoma (1) dice que frecuentemente se encuentran figuras mitóticas. A veces estos tumores crecen rápidamente, llegando a invadir los tejidos subyacentes y aún el hueso.

Fibroma: El llamado fibroma duro, es mucho menos vascular que el fibroma blando, estando compuesto, de haces gruesos entrelazados de fibras colagenas. Los fibromas blandos son más vascularizados, pueden mostrar evidencia de inflamación y cambios mixomatosos.

Lipoma: El tumor está formado de células de grasa adulta; cuando se encuentran presentes células embrionarias, indica un crecimiento rápido.

Leucoplasia: Esta puede ser descrita como una glositis superficial crónica, la cual aparece en la edad media de la vida, como resultante de un sinnúmero de irritantes. De estos como ya sabemos; sífilis, dentaduras mal ajustadas, dientes caria- dos, fumado excesivo, el uso de espíritus fuertes y especios, son con mucho los más importantes. En la leucoplasia hay proliferación y acantonamiento de epitelio córneo, con formación

de placas o manchas blancas lechosas, los cuales pueden ser de forma lozángica, lo que le da a la lengua su aspecto de mosaico. La lengua en estas condiciones se vé como si hubiera sido salpicada con pintura blanca. La condición está confinada a los dos tercios anteriores de la lengua, iniciando su invasión en los bordes y extendiéndose luego hacia el dorso. La superficie puede encontrarse fisurada y resquebrajada, produciendo contracción de los tejidos subyacentes, causados por inflamación crónica. Con el transcurso de la enfermedad la atrofia tiende a desplazar a la hipertrofia, las papilas desaparecen, la membrana blanquecina se desprende y la superficie mucosa queda roja y lisa. Microscópicamente el epitelio epidermoide está enormemente engrosado y muestra excesiva cornificación, mientras el tejido subyacente está infiltrado de linfocitos, para ser reemplazados más tarde por tejido fibroso.

CANCER DE LA LENGUA: El tipo más frecuente de cáncer encontrado en la lengua, es el carcinoma epidermoide. Varios son los rasgos que caracterizan esta variedad de cáncer. Sigue en frecuencia el uterino, figurando por tanto en segundo lugar (Jesset) (9); en tercero según Jacobson (9) y en cuarto según Winawarter (9). No obstante ser el más accesible y fácilmente diagnosticable de los cánceres en las fases iniciales, es uno de los más fatales. Aún con la combinación de los más modernos métodos de tratamiento, tanto quirúrgicos como radiológicos, en manos de los especialistas más expertos, la mortalidad se eleva al 75% aproximadamente (Martin) (9). Aún cuando su anatomía macroscópica es bastante uniforme, el aspecto microscópico y la sintomatología varían considerablemente, y de aquí que se tenga que conocer a fondo esta enfermedad para diagnosticarla correctamente. La incapacidad es reconocer la naturaleza de las lesiones precoces, la tolerancia de lesiones pequeñas, pero completamente desarrolladas y el sacrificio excesivo de tejido en los casos leves, son errores que se cometen a menudo en estos pacientes y son causa con mucho, de la elevada mortalidad y del terror a la enfermedad, que lleva a muchos pacientes a ocultar su existencia.

Aspecto Macroscópico: La forma corriente de epitelioma lingual, consiste en una ulceración indurada, de gran actividad, muy dolorosa al principio y exudativa, que se propaga sobre una extensa superficie. Su base y bordes indurados son característicos. Se origina en fisuras, abrosiones y erosiones, es superficial y ulcerada desde el comienzo. Según otros autores es indolora (Ackerman y Regato) (2), (Grant E. Ward) (1).

Otra forma de esta lesión consiste en un nódulo profundo y submucoso que permanece durante algún tiempo como tumoración maciza de moderadas dimensiones y que al fin se rompe, produciendo una profunda y desplegada excavación.

Cuando el epiteloma es consecutivo a la leucoplasia, aparece en forma de una amplia induración plana, blancoperla da, que tarda mucho en necrosarse, que infiltra considerablemente los tejidos en una extensa zona y acaba por ulcerarse. Este tipo de epiteloma tiene múltiples tipos de origen, y puede producirse en nuevas regiones después de extirpado.

Aspecto Microscópico: Para la mayor parte de los cánceres de los dos tercios anteriores de la lengua, pertenecen a los grupos de células escamosas altamente diferenciadas (Grados I y II).

Los carcinomas indiferenciados y transicionales, son vistos en el cuerpo de la lengua con menos frecuencia: El último infiltra rápidamente, se propaga por los linfáticos a los ganglios adyacentes, con una reducción marcada del pronóstico. Según Martín, Munster y Sugarbaker (1), 80% de los cánceres de la base de la lengua no son de tipo queratinizado.

Los carcinomas epidermoides de células fusiformes, adenocarcinomas, carcinomas adenoquisticos de células basales, aparecen muy raras veces en la lengua. El pronóstico con relación a estos tipos raros de cánceres es muy sombrío, pues las recurrencias aparecen rápidamente y además estos carcinomas son más resistentes a la terapia de irradiación, que la variedad de carcinomas de células escamosas de los dos tercios anteriores de la lengua, o a los tipos más anaplásicos y linfopiteliomas, de la base de la lengua.

Los tumores malignos de la base de la lengua son carcinomas, linfopiteliomas (y carcinomas de células transicionales), y linfosarcomas. Muy rara vez se encuentran otros neoplasmas, tales como sarcomas de tejido conjuntivo y neoplasmas de glándulas salivales.

Carcinomas: El carcinoma epidermoide de la base de la lengua, es una de las variedades más infiltrantes de cáncer de las vías respiratorias y tracto alimenticio superiores. El tumor rara vez abarca toda la dimensión externa de la base de la lengua, pero ocasiona infiltración profunda en el músculo, Puede haber úlceras fisuriformes en cualquier lado de la base lingual y son frecuentes en la línea media. Estas úlceras están rodeadas de tejido neoplásico difuso.

Los carcinomas de la base de la lengua, no deben confundirse con los que se originan en el surco glossofaríngeo y que siempre invaden secundariamente, pero en forma muy superficial.

Linfoepiteliomas (y carcinomas de células transicionales): Estos suelen ser neoplasmas unilaterales, polipoides, no ulcerados. Los nódulos metastásicos se hallan en la región cervical superior y generalmente son voluminosos. Cuando se generaliza la neoplasia, con frecuencia se propaga a otras regiones linfáticas, a los pulmones y al hígado.

El aspecto histológico, muestra grandes células con una membrana celular delicada y un protoplasma traverculado con núcleos grandes. Las células son redondas o esferoidales, no forman nidos de células, son muy difíciles de distinguir a veces de los sarcomas de células redondas. Al lado de estas células epiteliales se encuentran células indistinguibles de los linfocitos distribuidos en toda la masa tumoral. Este tumor es altamente radiosensible.

Linfosarcomas: Los Linfosarcomas de la base de la lengua se originan en la multitud de nódulos linfoides submucosos de dicho órgano y suelen ser bilaterales y no ulcerados. Posiblemente llenen con rapidez todo el espacio comprendido entre la base y la pared posterior de la faringe. Casi siempre hay linfadenopatía en uno, y a menudo en ambos lados del cuello. La diseminación rápida de la enfermedad a otras áreas linfáticas del cuello, de la axila, del mediastino y de la región retroperitoneal, sigue el mismo curso que otros linfosarcomas primitivos de las vías respiratorias superiores.

Histología: Debido a que el epitelio de la base de la lengua es de origen endodérmico, no es sorprendente que un alto porcentaje de estos tumores malignos sean poco diferenciados o completamente indiferenciados.

Sin embargo, Ackerman y Regato (2) dicen que los carcinomas epidermoides de la base de la lengua son tumores bien diferenciados.

Carcinoma de células transicionales: Este, está compuesto de células redondas y poliédricas, con núcleos grandes y poco material intracelular. No hay caracteres escamosos, pero sí un marcado grado de anaplasia.

Este tumor al igual que los linfoepiteliomas, es también muy

radiosensible.

Grado histológico: Es de importancia clínica é indica los diferentes grados de malignidad a la par que muestra la duración del carcinoma y por otr lado, que de ella depende el pronóstico, basado en su estructura. La clasificación de Broders es una gradación basada en la estimación cuantitativa del grado de especialización o diferenciación del neoplasma.

En el Grado I el menos maligno 100 a 75% de células están bien diferenciadas, éstos incluyen los casos clasificados como epitelomas con nidos de células. En los grados II y III, 75 a 25% son diferenciados, estos dos grupos corresponden a los carcinomas de células transicionales de los tipos anaplásicos de Quick y Cutler. El grado IV consiste de tumores en los cuales ninguna de las células están diferenciadas. Este grupo corresponde a los linfopiteliomas de Regaud y a los tipos altamente anaplásicos de Quick y Cutler.

ASPECTO CLINICO Y DIAGNOSTICO.

El presente capítulo sobre el conocimiento de los tumores de la lengua, es tan importante quizás como el de su Anatomía Patológica, pues éste, está relacionado con los primeros indicios o con la primera queja del paciente, cuando consulta al Médico general o al Especialista por primera vez, con relación a su dolencia, de aquí que el Médico tiene que conocer o por lo menos sospechar si hay o no malignidad en el tipo de lesión por la cual el paciente consulta. Con relación a este aspecto pasaremos a revisar la conducta clínica de los tumores linguales.

El primer síntoma que aparece de Tumores en la lengua o en el piso de la boca es el descubrimiento de la lesión primaria. Este descubrimiento puede ser accidental en un examen médico de rutina o más comunmente el paciente se queja de algo anormal en la lengua o en el piso de la boca. Los pacientes inteligentes generalmente descubren la lesión primaria, cuando ésta se encuentra en un estadio temprano y es extraño por otra parte, como sucede en los individuos indigentes, que llegan a la consulta con una enorme ulceración en la lengua o en el piso de la boca y aún hasta con nódulos metastásicos, los cuales se encuentran presentes talvez desde hace mucho tiempo y ellos en su historia refieren que data de unas cuantas semanas, o bien los pacientes dan inicio a su enfermedad por la irritación que les causa un diente o una dentadura inadecuada sobre la lesión preexistente.

La aparición de un nódulo submaxilar o en la región cervical superior, es a veces el primer síntoma. Particularmente ésto es cierto, cuando el sitio primario de la lesión es el piso de la boca o la base de la lengua. Los síntomas locales en esta última región mencionada, raramente los distingue el paciente, por la incapacidad de observar esta porción de la lengua, permitiendo así al cáncer crecer en una forma extensa antes de ser descubierto.

El dolor rara vez es el síntoma primario, sin embargo, éste se presenta cuando comienza en las capas profundas de la mucosa y el tumor crece hacia el interior del órgano ulcerándose más tarde en el curso de la enfermedad. Esto ocurre más comunmente en la base, sin embargo, otros autores dicen que la lesión primaria es sumamente dolorosa, sobre todo al principio, de allí que deba hacerse la diferenciación entre cáncer y tuberculosis de la lengua, ya que ésta es una de las lesiones más dolorosas en ése órgano.

Tipos Clínicos de Carcinomas epidermoides: El cáncer de la lengua es mucho más frecuente en el tercio medio del borde lateral, le sigue luego el de la base, después el del tercio anterior y por último el de la superficie inferior de la punta y piso de la boca. El aspecto de la lesión primaria puede ser de cuatro tipos:

- 1) El más común es una úlcera. En los primeros estadios de ésta, es limpia, la base como desgarrada, los bordes elevados, indurados y firmes. Al principio hay muy poca invasión del músculo subyacente pero más tarde la induración se extiende más profundamente dentro de la lengua o del piso de la boca. No raras veces la induración se extiende más allá de los bordes de la úlcera, la cual no puede ser notada a simple vista, de ahí que la palpación digital con un dedo enguantado sea esencial para determinar los bordes del tumor por debajo de la mucosa que lo rodea.
- 2) El segundo grupo, es el llamado Carcinoma infiltrante. Histológicamente el tipo infiltrante, usualmente es menos diferenciado que la úlcera ordinaria y por tanto su crecimiento es más rápido. El tumor se extiende a través de los linfáticos y las fibras musculares tempranamente, produciendo una induración firme a distancia tan variable de la lesión visible, lo mismo que hay gran dispersión de las metástasis cervicales. El pronóstico en estos casos es malo.
- 3) El tercer tipo o tipo papilomatoso, comunmente se encuentra en la punta de la lengua y algunas veces en el piso de la boca, por debajo de la punta. Estos tumores realmente son papilomas malignos, histológicamente son diferenciados con marcada hiperqueratinización y perlas epiteliales. Ellos se extienden a la submucosa, al músculo y por último a los linfáticos. El pronóstico es bueno porque son radiosensibles y son fácilmente extirpados con amplio margen de seguridad.
- 4) El cuarto y más raro de los tipos, es el carcinoma no ulcerado. Usualmente comienza con dolor y aparece en la base de la lengua o en la parte más posterior del borde lateral.

Conducta clínica: Puesto que la base de la lengua no es visible para el paciente y los procesos patológicos tempranos no causan síntomas locales, muchos pacientes demandan tratamiento

to cuando la lesión es muy avanzada. El dolor es casi siempre un síntoma tardío, la hemorragia nunca se presenta tempranamente, pero ocasionalmente es este síntoma el que despierta la atención del paciente con respecto a su enfermedad.

Examen Físico: Me parece correcto y muy importante hacer un recuerdo del examen físico de la lengua y del piso de la boca. Debe enfatizarse en dicho examen en los siguientes puntos:

- 1) Protrusión en la línea media, atrofia de la mucosa o de la musculatura, irregularidades, tumores y ulceraciones.
- 2) El tipo de úlcera, si ésta es limpia o sucia, evertida, de bordes sobresalientes o elevados, de base nodular o lisa, o si hay signos inflamatorios alrededor de los bordes.

Toda lengua sintomática debe ser cuidadosamente palpada con un dedo enguantado. La consistencia de la lesión debe notarse, lo mismo que la extensión del proceso más allá de donde nos muestra la visión directa.

De particular importancia es la palpación de la base de la lengua para asegurarse de la extensión del proceso patológico en todas direcciones dentro de la valócula, hacia adentro o hacia afuera de las paredes laríngeas, hacia la profundidad de la base de la lengua dirigiéndose a la parte anterior. El examen del piso de la boca debe hacerse por palpación bidigital con un dedo en la boca y los dedos de la otra mano por debajo de la mandíbula en las regiones submental y submaxilar. Con este método de examen la invasión temprana de los ganglios linfáticos es descubierta, la cual podría ser omitida si se palpa únicamente por encima de la piel. El examen de la base de la lengua debe hacerse por medio de la laringoscopia, ya sea indirecta o directa y por la palpación digital de la lesión. Aprovechando una laringoscopia directa puede tomarse biopsia del tumor:

Biopsia: Puesto que la lengua y el piso de la boca, son fácilmente accesibles y como muchos tumores de estas regiones son ulceradas, no debe darse ninguna excusa para iniciar cualquier forma de tratamiento de una lesión crónica, sin tomar previamente una Biopsia. Dicha biopsia puede hacerse por excisión de un fragmento adecuado, bajo anestesia local, o bien por medio de pinza de Biopsia sin anestesia. El objeto de toda biopsia es de proveer al Patólogo de suficiente tejido, para que determine la relación del proceso patológico, con las estructuras circunvecinas é identificar el tipo específico de lesión.

La Biopsia de zonas necrosadas e infectadas carece de valor. Para que una Biopsia sea correcta debe comprender parte del tejido patológico, como también de tejido normal.

Diagnóstico: El diagnóstico de los tumores de la lengua, debe hacerse sobre todo, mediante un examen cuidadoso de las lesiones macroscópicas y confirmándolo en todos los casos que se presenten, por medio de la Biopsia, para poder descartar o afirmar si la lesión es benigna o si está provista de malignidad.

Clínicamente, debe hacerse el diagnóstico diferencial, entre los tumores y las diferentes lesiones que se presentan en la lengua y en el piso de la boca.

Diagnostico Diferencial: Los procesos infecciosos e inflamatorios agudos como abscesos, angina de Vincent, etc, pueden ser fácilmente descartados, pues generalmente se encuentran además de las lesiones, signos como dolor y fiebre y que fácilmente se comprueba la naturaleza de las lesiones por medio del estudio bacteriológico. Las úlceras traumáticas y las producidas por trastornos dentarios, también son fácilmente descartables por la evolución y por la curación rápida al suprimir el proceso injuriante. Sin embargo, toda úlcera que permanezca por más de tres semanas a pesar de tratamiento, inmediatamente demanda que se le tome una Biopsia para diagnosticar su etiología.

De las úlceras crónicas más comunes que requieren diferenciación con el cáncer son: las úlceras sifilíticas y las tuberculosas.

Úlcera Sifilítica Terciaria: Esta resulta generalmente de la ruptura de un goma. Seguidamente aparece una descarga de fluido fétido y los bordes de la úlcera son sobresalientes, generalmente ésta es blanda y casi nunca es dolorosa. Una historia de sífilis nos lleva a sospechar la enfermedad. La presencia de atrofia de las papilas, cicatrices y nodulaciones de la lengua o la presencia de placas de leucoplasia, se suman para afirmar el diagnóstico. Sin embargo, esta confirmación debe fortalecerse por medio del examen serológico para sífilis y por la biopsia.

Úlcera Tuberculosa: En la lengua, como en cualquier otra parte de la boca, esta lesión es sumamente dolorosa, salvo en muy raros casos, el dolor no ha sido un síntoma prominente. En la lengua, dicha úlcera puede ser superficial o profunda, la base es limpia y nodulosa, los bordes son blandos y pueden

o no ser sobresalientes, el diagnóstico es hecho por la Biopsia, Rx., del tórax y examen bacteriológico del esputo.

Otros procesos que deben diferenciarse son:

Papilomas: Estos no son raros en la lengua. Cuando la base no está infiltrada y el papiloma es muy móvil, la benignidad de la lesión es probable, sin embargo, el árbitro final en el diagnóstico, es la Biopsia.

Trastornos funcionales: La glosodinia es una afección bastante común, casi nunca va acompañada de trastornos visibles en la lengua, pero frecuentemente provoca miedo al paciente de que pueda tratarse de un cáncer. La sensación de quemadura que provoca, usualmente es a lo largo de uno de los lados, pero algunas veces está localizado en la punta. En este proceso casi siempre todos los exámenes incluyendo la prueba para sífilis son negativos, sin embargo, puede encontrarse enrojecimiento o atrofia de las papilas linguales.

Úlceras Traumáticas: Usualmente son consecutivas a una injuria y la más común es la provocada por los dientes. La lesión es dolorosa, los bordes de la úlcera no son elevados y no hay induración, la curación es rápida cuando la irritación es removida. Un retardo en la curación demanda examen serológico y Biopsia.

Glositis Rómbica Mediana: Esta lesión es de origen desconocido y no tiene significado clínico. Se encuentra situada en el área rómbica mediana en la "V" formada por las papilas circunvaladas. La lesión es de un color café rojizo oscuro, con atrofia de las papilas y la superficie tiene un aspecto liso y brillante. Nunca hay dolor y la lesión no se descubre más que accidentalmente en un examen de rutina o cuando el paciente se mira su lengua.

Lengua Pelosa: Usualmente se encuentra situada en el dorso de la lengua y se extiende desde la parte media hacia atrás apareciendo como una zona pelosa de color café oscuro o negro. No hay ulceración ni induración, ni dolor o discomfort. La lesión es debida a hipertrofia, hiperqueratosis y pigmentación de las papilas filiformes.

Lengua Geográfica: Esta es una enfermedad de origen desconocido, antiguamente se le atribuía su etiología a la sífilis. Se encuentra atrofia de las papilas en una o en varias zonas simultáneamente, apareciendo la lesión como una mancha rosada de

bordes blanquecinos. Gradualmente estas zonas aumentan de tamaño y se van uniendo hasta formar una especie de árbol de la vida, de ahí el nombre de lengua geográfica. Esta es una lesión benigna que no tiene relación con el cáncer.

CANCER: En este proceso la úlcera puede ser grande o pequeña, es indolora en los primeros estadios, sin embargo, es dolorosa desde el principio según algunos autores.

Los bordes de la úlcera son elevados é indurados a causa de la activa proliferación de tejidos. La base usualmente es limpia.

Linfosarcoma: Es muy raro en la lengua. La lesión es nodular, la ulceración puede o no encontrarse presente y hay induración. La Biopsia confirma el diagnóstico.

Carcinoma Metastásico: Este ocurre muy raramente y es por extensión hacia la base de la lengua, de lesiones de nasofaringe o de los pilares amigdalinos por su parte superior, en la parte inferior provienen de la valécula o de la hipofaringe. Estas lesiones deben ser cuidadosamente examinadas y el origen del tumor debe diagnosticarse antes de que el carcinoma sea considerado como primitivo de la base de la lengua.

Sarcoma: Es sumamente raro pero ha sido reportado en la Literatura. La Biopsia hace el diagnóstico.

T R A T A M I E N T O

- - - - -

Enfocar el problema del tratamiento, como lo dije al principio, es la parte más ardua y difícil de este trabajo, puesto que no hay un acuerdo verdadero con la terapéutica de estos casos, ya que también las lesiones a tratar son diferentes en todos ellos, de aquí que sea necesario establecer una relación entre lesiones y el tipo de terapia más adecuado. Dicho sea de paso, creo que para resolver este problema hay que recurrir a todos los medios de investigación, para lograr el máximo de eficacia de las lesiones a tratar, pues de lo contrario en lugar de hacien bien, obtendremos un rotundo fracaso en detrimento de los pacientes.

Si queremos tratar bien los tumores de la lengua; tenemos que darnos exacta cuenta que, este tipo de lesiones engendran una serie de dificultades bastante difíciles, pero no imposibles de salvar. Pero qué métodos o que plan más -- bien hemos de seguir para salvar estas dificultades? A mi juicio lo que debe hacerse es lo siguiente:

- 1o) Todo paciente que consulte con una lengua sintomática debe hacérsele una aclaración completa de su problema, y hacerle ver el peligro que representan estas lesiones.
- 2o) Que ellas demandan un estudio completo, en especial la toma de Biopsia para la confirmación del Diagnóstico y la naturaleza del tratamiento a emplear.
- 3o) La necesidad de hacerse controlar después de tratamiento durante un período determinado, para ver si aquella lesión ha curado, si sólo ha mejorado, si se ha mantenido en el mismo estado, o si ha empeorado con el tratamiento.

Por otra parte; el Médico Cancerólogo, el Radioterapeuta, el Radiólogo y el Cirujano, deben trabajar en equipo y en armonía, para dar un máximo de eficacia en el tratamiento de los tumores linguales.

De suma importancia es también que se hagan campañas de divulgación, del peligro que representan los tumores, para que se vaya formando en la conciencia del público, la imperiosa necesidad de hacerse exámenes cada vez que se tengan lesiones sospechosas de ser de origen tumoral.

Cuáles son los medios con que contamos para el tratamiento de los tumores linguales? a saber: la Cirugía, los Rx., y el Radium, los que han sido empleados sólo o en combinación y aún así, muchas veces no han dado el resultado que se esperaba de ellos. Pero porqué no han dado los resultados deseados estos métodos tan valiosos de tratamiento? creo poderlo decir en unas cuantas palabras: 1o) Investigación incompleta de la lesión, 2o) Tratamiento inadecuado ó erróneo, 3o) Descuido en el control del paciente, 4o) Negligencia del enfermo.

Tratamiento de los Tumores Benignos y Lesiones Premalignas:

El tratamiento de éstas, será basado siempre sobre su tipo y estudio completo, es decir, anamnesia, exploración - adecuada y Biopsia. Las lesiones debidas a traumatismos serán tratadas siempre por medio de la remoción de la causa - injuriante. El tratamiento es quirúrgico o electroquirúrgico.

Granulomas: En este tipo de lesiones, hay que descartar siempre las lesiones granulomatosas crónicas como, Sífilis, Tuberculosis y Actinomicosis. Una vez dilucidado el problema, el tratamiento es quirúrgico o electroquirúrgico. Generalmente después del tratamiento electroquirúrgico hay una cicatriz por granulación, la cual es blanda, dúctil é insignificante.

Sífilis, Tuberculosis y Actinomicosis: Demanda su tratamiento específico una vez completado su estudio, en los que se ha descartado toda posibilidad de malignidad.

Lesiones de origen desconocido:

Glosodinia: 1o) Asegurarse de que el paciente no padece de - cáncer, 2o) Administrar grandes dosis de Complejo "B" con lo cual mejoran enormemente.

Lengua Pelosa: El tratamiento, es a base de una buena higiene oral, el área pelosa debe ser limpiada suavemente con un cepillo imbibido en una solución de agua oxigenada. Las papilas muy largas deben cortarse.

Lengua Geográfica: Asegurar al enfermo de que no se trata de una lesión maligna y administrarle Vitamina del Complejo "B".

Papilomas epiteliales: Todos los papilomas de la boca deben ser examinados por la Biopsia, una vez asegurado de que la lesión no está provista de malignidad, el tratamiento consis

te en la extirpación quirúrgica con escalpelo o por medio de electrocirugía. Los pequeños papilomas deben ser extirpados con anestesia local, por medio de una pinza de Biop^sia y la base debe ser completamente disecada. Los grandes papilomas, deben excindirse por medio de electrocirugía y permitir que la herida cicatrice por granulación o bien, pueden ser excindidos por bisturí y la herida debe suturarse. Los papilomas muy grandes deben tratarse por medio de la electrocirugía, no debe intentarse suturar los bordes de la herida, puesto que tienen una cicatriz blanda y flexible y casi no produce trastornos en la función del órgano.

Hemangiomas: El tratamiento de elección para el hemangioma, es la aplicación de Radium elemento. La cantidad usual de Radium a emplearse varía entre 75 y 200 mgms. con un filtro de platino de 1 mm. y la distancia es de $\frac{1}{2}$ cm.; el tiempo puede variar de 1 a 2 horas y la dosis es de 180 a 400 mgms. hora, dependiendo del tamaño del tumor. También se emplean los Rx., el hielo seco, la Cirugía y las soluciones esclerosantes en el tratamiento de esta clase de tumores.

El método de acción del Radium, de los Rx. y del hielo seco en el tratamiento de estos tumores, es la producción de una endarteritis obliterante, esclerosis difusa y un estroma fibroso perivascular. Los resultados de la terapia por irradiación sobre los hemangiomas, depende de dos fenómenos biológicos: la radiosensibilidad de las células tumorales y la radiosensibilidad del estroma subyacente. La radiosensibilidad de las células endoteliales que cubren los vasos sanguíneos y el estroma de sostén, es mayor en los individuos jóvenes, de aquí que el tratamiento sea instituido tempranamente.

Los hemangiomas cavernosos, no responden bien a la terapia por irradiación. Estos tumores eventualmente requieren cirugía. Cuando se encuentran elementos cavernosos y capilares en combinación, el tratamiento que da mejores resultados, es el de la radiación primero y seguido luego de la extirpación quirúrgica. La radiación oblitera el tumor capilar y hace la cirugía más fácil y menos radical.

Linfangiomas: El linfangioma capilar, no responde ventajosamente al tratamiento de radiación o a cualquier otra forma de terapia, excepto la extirpación quirúrgica. La extirpación quirúrgica completa produce su curación, pero después de una extirpación incompleta la recurrencia es la regla.

Mucocele: Cuando se trata de pequeños quistes, son fácilmente destruidos por electro desecación, bajo anestesia local. La mucosa que cubre la superficie es destruida primeramente, el quiste es abierto y evacuado, luego su cubierta es disecada. Los grandes quistes requieren extirpación quirúrgica y sutura de la membrana mucosa.

Fibromas, Lipomas y Tumores Musculares: El tratamiento de estos tumores consiste, en la amplia excisión quirúrgica -- para prevenir las recurrencias.

Leucoplasia: El tratamiento, debe comenzar por descartar -- todas las causas de Leucoplasia, tales como: dentaduras -- mal ajustadas, dientes cariados, fumado excesivo, etc.

Si la remoción de los factores irritantes, no hace que la leucoplasia desaparezca y si las pruebas definidas de investigación de malignidad faltan en absoluto, las zonas de leucoplasia, pueden ser tratadas en diferentes formas. Las pequeñas placas de leucoplasia, pueden tratarse por electro desecación bajo anestesia local, la curación se produce por granulación. Las grandes zonas de leucoplasia pueden tratarse con una placa de Radium o un cono de Rx. intraoral. Para estas aplicaciones, debe ponerse en la mucosa oral un protector a base de acrílico y plomo, para defenderla de las radiaciones. La dosis usual de Rx. o de Radium, es de 2.000 gamma roentgens ó 2.000 r., distribuidas en 2 ó 3 aplicaciones con varios días a una semana de intervalo. Tal tratamiento, provoca una quemadura de segundo grado en la mucosa, la cual cura en 3 a 4 semanas. Desgraciadamente, ciertos casos de leucoplasia, son resistentes a uno u otro de estos tipos de tratamiento. Cuando después de radiación quedan pequeñas áreas de leucoplasia, éstas deben ser electrodiseccadas. Recientemente, ha venido empleándose en el tratamiento de leucoplasia, la Vitamina "A", en dosis de 100.000 Unidades al día -- por vía oral durante uno o dos meses, con marcada mejoría ó regresión completa de la lesión. La terapia debe ser continuada por varios meses después de la curación. Infecciones -- bucales é irritaciones dentarias deben ser corregidas y el -- tabaco eliminado. Esta forma de tratamiento no ha sido muy empleado, de ahí que no se tenga un estudio estadístico para apreciar los resultados.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA LENGUA

Elección del método de tratamiento: Disponemos en la actualidad para el tratamiento de las lesiones malignas de la len--

gua; de la Cirugía, del Radium y de los Rx. Desde luego, cada uno de estos tipos de terapia, ha tenido su evolución en determinados períodos de tiempo, sin dar muchas veces, el resultado esperado del método para curar el cáncer de la lengua.

Sabemos que, antes del advenimiento de la terapia por radiación, hace casi un siglo, el cáncer de la lengua fué - tratado quirúrgicamente, con resultados comparativamente pobres, por lo cual el tratamiento por el método quirúrgico, se estrechó a unas cuantas indicaciones bien definidas:

- 1o) Cuando la lesión ha invadido el piso de la boca y alcanzado la mandíbula.
- 2o) Cuando la lengua está invadida en toda su parte anterior por un tumor duro é infiltrante.
- 3o) En aquellos casos en los cuales, el tratamiento de radiación ha fallado, es decir, cuando ha habido muy ligera - regresión de la lesión, ó cuando la recurrencia del proceso aparece pocos meses después de instituido el tratamiento.

Radium: Desde hace un cuarto de siglo, se viene empleando el Radium para el tratamiento del cáncer de la lengua. Considerando el valor relativo de la Cirugía y de la Radiumterapia, en el tratamiento del cáncer de la lengua y de la cavidad oral, nos encontramos enfocando un problema que presenta algunas dificultades, aunque no es necesario hacer hincapié que la radiación es el primer escoge, como medida terapéutica para el tumor primario, la Cirugía, juega papel importante en el tratamiento ya sea de los ganglios linfáticos metastásicos del cuello, como también en el tratamiento de la lesión primaria.

Ventajas del Tratamiento con Radium:

- 1o) Aquellos casos inadecuados para la excisión quirúrgica, que depende, ya sea de la extensión local o de la situación de la lesión, edad, estado general pésimo y otras razones, puede ofrecérseles este método de terapia, el cual, como ha sido demostrado, es capaz de detener el progreso de la enfermedad y en casos favorables llevar a la curación.
- 2o) La mortalidad operatoria es menor; los resultados funcionales son mejores; y la permanencia de los resultados

en casos comparados, es mayor que con el tratamiento quirúrgico.

- 3o) El alivio, aparte de la erradicación de la enfermedad, prolongación de la vida y mejoría de los síntomas, puede ofrecérsele al paciente, cuando el Radium es cuidadosamente aplicado por un radioterapeuta experimentado en los casos adecuados.

Contraindicaciones al tratamiento con Radium: Las contraindicaciones para el tratamiento con Radium son las siguientes:

- 1o) Cuando las facilidades para una irradiación adecuada, en materia de Radium, aparatos, o conocimiento especializado, no se tienen disponibles.
- 2o) Cuando la lesión ha invadido el hueso.
- 3o) En presencia de edema marcado é infección.

Electrocirugía (Diatermia): Las indicaciones para la electrocirugía como método de elección, en preferencia al Radium, es el siguiente:

- 1o) Si el Radium no se tiene disponible o está contraindicado.
- 2o) En casos de recurrencias locales, después de excisión quirúrgica de parte de la lengua, en presencia de fibrosis - marcada, cicatrices densas, y marcada glositis sifilítica.
- 3o) En las recurrencias locales después de tratamiento con Radium, en presencia de infección, en el sitio de la recurrencia o en su vecindad.
- 4o) En las lesiones que invaden el hueso.
- 5o) Para excisión de masas residuales de tejido cicatricial, después de una irradiación aparentemente exitosa.
- 6o) Para glosectomía subtotal o parcial en cánceres avanzados de la lengua.

Principios Generales del Tratamiento con Radium:

Tratamiento preliminar de la boca: La higiene oral debe preceder ante todo, el tratamiento de radiación. Los mejores resultados se obtienen en bocas desdentadas, y en muchos casos sería beneficioso la extracción de todos los dientes,

cosa en la cual algunos autores no están de acuerdo; pero la extracción de dientes cariados, raigones, puentes metálicos y el tratamiento de las encías es imperativo. También es recomendable extirpar aquellos dientes que son un estorbo en el tratamiento, puesto que facilitan la irradiación, dando un acceso más libre para alcanzar la lesión. La presencia de dientes infectados, hace el tratamiento más difícil, más desagradable para el paciente y menos eficaz. La gravedad de la enfermedad, no permite tener consideraciones en la vanidad, confort o cualquier otra razón, que pueda estorbar en la depuración bucal. La extracción de los dientes debe ser practicada tan pronto como sea posible y no debe diferirse el tiempo; la curación es acelerada, acercando las superficies cruentas de las encías, por medio de puntos de catgut y en esta forma la radiación puede empezarse después de 48 horas. Si sólo unos cuantos dientes necesitan extracción, éstas pueden practicarse al mismo tiempo que se implanta el Radium.

En presencia de rellenos metálicos, puentes de oro, ó aún en dientes sanos, éstos no deben ser sacrificados sino, protegidos por vulcanita, gomalaca o placas especiales bien limitadas, las cuales disminuyen el grado de reacción a las radiaciones.

Secuencia del Tratamiento: El tratamiento del cáncer de la lengua cae en dos periodos:

- 1o) Radioterapia del tumor primario; ésto debe ser siempre el primer paso; si falla podrá recurrirse a la Cirugía.
- 2o) El tratamiento del área linfática.

Ha sido preconizado por algunos investigadores, que es recomendable tratar primeramente el cuello, y se ha argüido en favor de este método de proceder, porque el Radium aplicado a la lesión primaria, tenía un efecto estimulante sobre las células de los linfáticos cervicales. Esta teoría estaba basada en la observación clínica, que durante el tratamiento del cáncer de la lengua o de la boca, por el Radium, los ganglios linfáticos cervicales aumentaban de tamaño. La observación es probablemente correcta, pero su significado ha sido erróneamente interpretado. Que el aumento en tamaño no puede ser adscrito al efecto estimulante del Radium, ha sido demostrado clínica y experimentalmente. El aumento de tamaño de los ganglios linfáticos cervicales, es de origen inflamatorio y ocurre solamente, en casos donde hay infección oral pre

existente que no ha sido erradicado.

Es una costumbre en muchas clínicas de Radium, tratar primero el tumor primario, si métodos de irradiación intersticial son usados para el tumor de la lengua, permitiendo un lapso de unas cuantas semanas entre el tratamiento de la lesión primaria y el área cervical. Las razones para adoptar este método, el cual clínicamente dá resultados satisfactorios, está basado en la necesidad de preservar cuanto sea posible la irrigación sanguínea y linfática del área tratada. La regresión del tumor es obstaculizada por la extirpación de los linfáticos y la ligadura de los vasos sanguíneos, lo cual desde luego, es el objeto de la operación del cuello. Este paso deberá omitirse si el tumor primario ha sido bien tratado. Si se ha usado teleradium, el tumor primario y los ganglios linfáticos, son tratados simultaneamente en ciertos casos.

Técnica del Tratamiento con Radium: El cáncer de la lengua se divide en dos grupos anatómicos: 1o) Anterior, enfrente de la "V" lingual; 2o) Posterior, en la valécula y epiglotis. Una subdivisión secundaria es hecha con los grupos laterales é inferior, el último frecuentemente abarca el piso de la boca.

La irradiación de los tumores malignos de la lengua pueden ser tratados por uno de los siguientes métodos: 1o) por la inserción de agujas de Radium o semillas de Radón en la lengua; 2o) por teleradium.

Para las lesiones de la parte anterior de la lengua, la inserción de agujas de Radium es el método de elección. En las lesiones de la valécula, epiglotis, pilares o en el grupo posterolateral, el método a emplear de preferencia es el teleradium. La terapia de Rx. como método único de tratamiento en cáncer de la lengua es un fracaso, aunque como una fuente adicional de radiación en casos tratados por teleradium, se ha probado que sí tiene un efecto útil. En ambos tipos de casos, y en lesiones superficiales del piso de la boca o del paladar, ocasionalmente se usan placas intraorales como suplemento al enclavamiento de agujas o teleradium; especialmente en aquellos casos de la unión de la lengua y los alvéolos superior é inferior o con el paladar, donde una distribución de radiación uniforme y una dosis adecuada son difíciles de dar por otros medios.

Irrradiación intersticial:

Parte anterior de la lengua: Este método es empleado en el tratamiento de las lesiones situadas en la parte anterior - o anterolateral de la lengua. Es el método de elección en este grupo de lesiones, aun cuando se cuente con eficientes aparatos de teleradium. La elección es dictada por las siguientes razones:

- 1o) Tratamiento de lesiones en la parte anterior de la lengua, puede hacerse eficientemente con dosis pequeñas de Radium que no excedan de 25 mgms.
- 2o) El tiempo ocupado para el tratamiento, nunca excede de 168 horas y ocasionalmente 120 a 130 horas son suficientes.
- 3o) Se requieren a lo sumo unos 10 días de hospitalización.

El método es económico en tiempo y en Radium, y como los resultados obtenidos son bastante buenos, no parece razonable emplear muchos gramos de Radium en varias semanas, cuando con unos cuantos miligramos durante una semana son suficientes para detener la enfermedad. La seguridad del tratamiento es mayor con agujas de Radium que con una unidad de teleradium en los casos de lesiones en la parte anterior de la lengua, la cual es móvil, y muy difícil de mantener quieta y además que por su movilidad varía de tamaño y posición continuamente. Es posible tratar una lesión de la lengua con agujas, con un mínimo de efecto sobre la mucosa bucal, con el tratamiento de teleradium es imposible localizar la reacción a los lados o el dorso de la lengua, sin que al mismo tiempo se produzcan reacciones sobre las mucosas de las mejillas, labios, encías y paladar. Los efectos posteriores del teleradium en esta situación son mucho más molestos al paciente que los efectos posteriores de las agujas de Radium.

En la parte posterior de la lengua la posición es completamente diferente; la valécula, epiglotis y estructuras adyacentes de la lengua son de difícil acceso para el enclavamiento de agujas; es imposible insertar con seguridad las agujas en el lecho tumoral y disponerlas de tal modo que -- produzcan una irradiación o una radiación uniforme; también es mucho más difícil mantener las agujas en posición durante el tiempo requerido; pero con una radiación adecuada es posible por teleradium cubrir la región de la valécula sin ningun

na reacción en la mucosa bucal, mitad anterior de la lengua ó encías. El enclavamiento de agujas en la valócula - se hace únicamente si no se dispone de aparatos de radiación a distancia.

El método de enclavamiento de agujas de Radium en la lengua está basado en el principio de una irradiación continua prolongada con pequeñas cantidades de Radium bien protegidas. Este es el método de Regaud, y ha suprimido los antiguos métodos de la terapia de radiación cuando se usaban tubos ~~que~~ contenían grandes cantidades de Radium; de 10 hasta 50 mgms. eran insertados en el centro del tumor durante un corto tiempo. Las agujas forman una barrera -- profunda a la lesión, o sea una palizada de agujas regularmente espaciadas en la periferia y en esta forma se encuentra irradiando el lecho tumoral.

Las agujas usadas en la lengua varían según el volumen y el tamaño del tumor, lo mismo que del área a ser tratada y de acuerdo con el tipo de implantación elegida.

Parte posterior de la lengua: El tratamiento ideal de los tumores en la parte posterior de la lengua es por medio - de la irradiación externa con teleradium. Si no se dispone de aparato de teleradium, la irradiación intersticial debe ser empleada; pero para tales lesiones el problema - de la irradiación intersticial presenta muchas dificultades técnicas. Uno de los siguientes métodos pueden ser usados; el enclavamiento de agujas de Radium o la implantación de semillas de Radón.

Tratamiento posterior a la radiación intersticial: Mientras las agujas de Radium están en posición no se le permite al paciente levantarse, se le instruye que no debe - hablar, pero sí puede escribir lo que él necesite. El uso de caramelos de Penicilina mantienen la boca limpia y hace innecesarias las irrigaciones. La dieta debe ser estricta, se deben dar únicamente líquidos y suplementada con soluciones salinas o dextrosadas por vía parenteral. Si se - han usado placas de protección o cualquiera otra clase de aplicadores intraorales, éstos deben ser removidos diariamente, limpiados en agua oxigenada, luego enjuagados con abundante agua y finalmente colocarlos nuevamente en su sitio. La boca debe examinarse diariamente y observarse la evolución del caso; deberá darse especial atención a la aparición de reacciones locales, lo mismo que a la posición - en que se encuentran las agujas; si alguna aguja se encuen

tra desplazada, ésta debe ser quitada o reemplazada y anotar la cantidad de Radium dejada in situ. De suma importancia es el control radiológico de las agujas o semillas in situ.

Generalmente el tratamiento es bien tolerado; el dolor varía según los casos individuales, en algunos puede faltar completamente; algún disconfort es la queja como regla. -- Veinticuatro horas después de la inserción de las agujas, la lengua se encuentra ligeramente edematosa; el grado de edema varía con el estado de la misma, pre-tratamiento y con la edad del paciente; es más marcado en los pacientes viejos. El edema debe ser moderado, edema marcado ensombrece el pronóstico; excepcionalmente demanda la remoción de las agujas antes del final del tiempo de irradiación. Al paciente se le deberá exhortar para que coopere, buenos cuidados de enfermería son necesarios y desempeña un papel importante en el tratamiento.

Complicaciones después del enclavamiento de agujas de Radium:

Hemorragia: Esta es una complicación rara, aparece en el momento de retirar las agujas y puede ser profusa, es debida a injuria de la arteria lingual o a una de sus ramas, o bien injuria de las venas raninas con la punta de la aguja. Este accidente puede remediarse con uno o dos puntos de suturas cuidadosamente puestas en el sitio para detener la hemorragia.

Bronconeumonía: Esta aparece ocasionalmente, a pesar de todas las precauciones tomadas, especialmente en pacientes muy débiles, alcohólicos y en presencia de marcada infección bucal. Estos riesgos pueden prevenirse por el cuidado pre-operatorio de la boca, una anestesia bien dirigida, el cuidado puesto en tratar los tejidos durante la inserción de las agujas y el uso sistemático de Penicilina.

Infección: Infecciones de la boca, de la lengua, también como infección total o local en los sitios de puntura de las agujas se observan ocasionalmente cuando se aplica el tratamiento en condiciones locales desfavorables, lo cual retarda la curación y aún pueden provocarse recurrencias.

Necrosis: Manifestaciones clínicas. Se encuentra marcado edema, la lesión como una regla es reemplazada por un cráter profundo, lleno de una sustancia blanca y tenaz de tejidos muertos, la cual se va desprendiendo muy lentamente tardando varios meses antes de que la separación sea completa. La len

gua es fija, hay salivación profusa, el dolor local es muy severo, el paciente se encuentra agotado por el insomnio, toxemia y por inanición debida a la imposibilidad de deglutir los alimentos.

Ventajas del Tratamiento con Teleradium: El tratamiento ideal del carcinoma de la parte posterior de la lengua es la irradiación externa con grandes cantidades de Radium. Este método presenta grandes ventajas sobre el enclavamiento o a la aplicación de placas en superficie. Por teleradium las lesiones de difícil acceso, tales como carcinomas de la valécula, epiglotis o pilares anteriores de las fauces y estructuras adyacentes, pueden ser incluidas dentro de una distribución conocida de radiación de considerable homogeneidad; una amplia zona, incluyendo la parte posterior de la lengua, puede ser tratada por irradiación fraccionada, alargando el tiempo deseado que puede variar de cuatro a seis semanas. En el Westminster Hospital (Inglaterra), unidas conteniendo dos y cuatro gramos de Radium han sido usadas para tratar estas lesiones.

Ventajas de la Roentgenoterapia: El Radium y los Rx. se han empleado para el carcinoma de la lengua desde hace 30 a 40 años con diferentes resultados. La experiencia, mejoras en la técnica y en los aparatos generadores de Rx., junto con el aumento en las dosis de Rx. y Radium, han mejorado los resultados. También con las grandes dosis, las complicaciones se han multiplicado. Los carcinomas de los dos tercios anteriores de la lengua, en su mayoría son del tipo altamente diferenciados y por consiguiente, histologicamente de sensibilidad limitada. El pequeño porcentaje de tumores anaplásicos, son histologicamente radiosensibles. En la actualidad se emplea la misma dosis máxima en todos los casos, independientemente de las características histológicas. La accesibilidad de los dos tercios anteriores de la lengua para una radiación adecuada, compensa enormemente la radioresistencia de muchos cánceres. En otras palabras; la radiosensibilidad y radioresistencia no caminan paralelas, en cuanto a radiocurabilidad o radioincurabilidad.

En la actualidad, se da preferencia a la roentgenoterapia que al Radium, para el tratamiento de la lesión primaria, como medida pre-operatoria, por las siguientes razones:

- 1) Las radiaciones de Rx. son de intensidad más uniforme, que las radiaciones de las aplicaciones de Radium elemento.

- 2) Los conos intraorales de Rx., permiten una dosis fraccionada de tratamiento más segura.
- 3) Las implantaciones de agujas de Radium elemento o semillas de Radón frecuentemente desencadenan la infección y necrosis secundaria.

Las semillas de Radón se implantan ocasionalmente como suplemento a la roentgenoterapia, especialmente cuando el tumor está localizado en la parte más posterior de la boca, en donde es difícil obtener una dosis de Rx. segura y suficiente.

Las dosis letales de irradiación (6.000 r. o gamma r. para el tumor) provocan cambios tisulares, endarteritis obliterante y esclerosis, en las estructuras normales circunvecinas. Estos dos procesos se prolongan indefinidamente. La boca es el sitio de infección constante, y frecuentemente inician procesos de radionecrosis. Un catarro común o una laringitis frecuentemente dan origen a una úlcera en la cicatriz avascular é indolente. La extirpación de dientes infectados, por otra parte, dá inicio a radio-osteonecrosis, dando como resultado la pérdida de la mandíbula o parte del maxilar. Para reducir las complicaciones locales al mínimo; se emplean capas y aplicadores especiales.

Los efectos destructivos y la penetración moderada de la terapia de bajo voltaje, o de voltaje intermitente (100 a 140 Kv.) puede usarse efectivamente para la destrucción del cáncer de la lengua y piso de la boca, cuando es suministrado a través de un cono de plomo, que varía de tamaño de 2 a 5 cm. de diámetro. Tales Rx. son aplicados sin filtro o con 1 mm. de aluminio y $\frac{1}{2}$ de mm. de cobre, dependiendo de la profundidad de infiltración del tumor mismo. Estos conos en la actualidad son cilindros con paredes de plomo, de tal manera que no dañan los tejidos circunvecinos. La distancia usual es de 20 a 50 cm.

La técnica para el tratamiento del cáncer de la lengua y piso de la boca es como sigue: como una preparación al tratamiento; los dientes de la mandíbula adyacente son extraídos reduciendo enormemente el peligro de radio-osteonecrosis. Se extraen también, aquellos dientes que puedan interferir con la aplicación exacta del cono, lo mismo que aquellos que se encuentran cariados, o los raigones de cualquier parte, para mejorar la higiene oral. Esto acorta la convalecencia y evita extracciones posteriores que puedan originar radio-osteonecrosis.

Los factores en el tratamiento son: 140 Kv., no filtro, Distancia focal 35 cm. Se administran de 400 a 500 r. tres veces por semana hasta dar una dosis total de 5500 a 6000 r. en tres semanas. Estas dosis son suficientes para destruir muchos cánceres de 2 a 3 cm. de diámetro o menos. Tumores más grandes, requieren a veces la adición de la implantación de semillas de Radón, para dar una dosis total intratumoral, en la cantidad deseada en zonas posteriores.

Unido a la radiación intraoral, podemos usar terapia profunda a través de la piel. Si el tumor se encuentra en la parte anterior de la lengua, una puerta submental de tamaño adecuado es empleada. Cuando el tumor está por detrás, una puerta en el lado afectado a través del área mandibular puede agregársele a la dosis intratumoral. Una dosis similar, es agregada al lado opuesto en el tratamiento de tumores en la línea media. Las puertas incluyen, el triángulo supra-hioideo, usualmente son alrededor de 6 x 8 cm. Los factores en el tratamiento son: 200 Kv., un filtro de 1 mm. de aluminio y $\frac{1}{2}$ mm. de cobre, de esta manera se dan 200 r. en cada sitio tres veces por semana en 10 aplicaciones hasta completar una dosis de 2.000 r. medidas en el aire.

Ventajas del Tratamiento Quirúrgico: Antes del advenimiento de la terapia por radiación hace casi un siglo, el cáncer de la lengua y de la cavidad oral, fué tratado quirúrgicamente con resultados muy pobres. La esperanza de curación por la terapia de radiación no ha sido realizada. En consecuencia, la Cirugía vuelve a ser otra vez el tratamiento escogido.

Impulsos a este tratamiento han sido dados por los adelantos en la técnica quirúrgica, en la anestesia, en antibióticos y en el mejor entendimiento de la importancia del balance de fluidos y electrolitos. Medios adicionales tales, como alimentos por cateter, el parenteral, y la traqueotomía han contribuido grandemente a esta causa.

El cáncer de la lengua y piso de la boca dan metástasis rápidamente. En muchos casos, el tratamiento de las metástasis depende de la esterilización del tumor primario. Cuando la irradiación de la lesión primaria era empleada, el tratamiento activo de las metástasis tenía que esperar el control de dicho tumor primario y en no pocos casos, los ganglios linfáticos invadidos se volvían inoperables en este período de espera. Cuando la Cirugía del cáncer de la lengua y sus metástasis se aplicaba, éste consistía en alguna forma de extirpación del tumor primario y la resección radical de la zo

na ganglionar afectada. Esta operación está inadecuada porque los tejidos intermediarios de la boca se dejaban intactos y la recurrencia era la regla. En 1902 Polya y Nauratil demostraron que alrededor del 50% en los individuos normales, los linfáticos de la lengua y piso de la boca, pasan a través del periosteo de la mandíbula en su paso hacia los ganglios del triángulo digástrico. Esto explicaba la frecuencia de la implantación de la metástasis del tumor primario en la mandíbula, enfatizando en la necesidad de la resección del cuerpo del maxilar y su periosteo cuando el tumor primario se originara o creciera adyacente a él.

En la Literatura de los últimos años, ha sido reportada una operación combinada para los tumores malignos unilaterales de la lengua, piso de la boca y mandíbula. La extirpación en bloc del tumor primario y secundario, junto con los tejidos por donde camina la linfa, es el único rasgo de este nuevo acercamiento comparativo en la cirugía del cáncer intraoral. Esta extirpación por el procedimiento en monobloc encuentra sus paralelos en la resección abdominoperineal de Miles, para el cáncer del recto, la amputación radical de la mama de Halsted, laríngectomía, parotidectomía y tiroidectomía, combinada con disección radical del cuello.

Curas de cinco años todavía no han sido posibles, sin embargo, está ya establecido que el método de cirugía combinada ha dado resultados satisfactorios. Los halagadores resultados obtenidos inmediatamente; son demostrados por la ausencia del dolor agudo, casi constante que le sigue en muchos casos a irradiaciones de una u otra forma. La observación de estos dolores por muchos años en los pacientes, conducirá a la aceptación de la extirpación quirúrgica cuando el tumor es operable. Gracias a los cuidados pre y post operatorios en la actualidad, la operación es bien tolerada. La ausencia de dolor y otros obstáculos menores para hablar o deglutir, son sorprendentes.

Comentario quirúrgico: La amplitud de la cirugía combinada dependerá del grado de invasión del tumor y de la presencia o ausencia de metástasis cervicales. Así a) Cuando una extensión adecuada del piso de la boca se encuentra normal, entre la lesión y la superficie media de la mandíbula, esta última no debe ser extirpada. b) En todos los casos en que no hay adenopatías cervicales palpables la operación en bloc incluye una disección suprahioidea. c) Cuando la mandíbula puede ser salvada, el tumor primario, los tejidos por donde corren los linfáticos y la disección del cuello, puede practicarse

por la técnica de división de la mandíbula (Pull-Through - Technic). d) Cuando los tejidos del piso de la boca están - fijos, la lesión primaria, piso de la boca, mandíbula y tejidos cervicales son extirpados en conjunto. e) Disecciones radicales profilácticas no deben practicarse. f) La ligadura de la arteria carótida externa debe hacerse siempre, en todos los casos. g) Sonda de Levine para alimentación en el -- post-operatorio.

Mejoras en las técnicas quirúrgicas y cuidados pre y post operatorios, han hecho posibles estos procedimientos radicales, con un mínimum de mortalidad operatoria y prometen al -- presente mejores resultados.

Elección de irradiación o cirugía para el tratamiento de cáncer de la lengua: En la actualidad se emplea la terapia de irradiación seguida por hemiglossectomía y disección radical del cuello, en lugar de la operación aislada para muchos casos. No se emplea este método de tratamiento en los siguientes casos

- 1) Pequeños cánceres de la punta de la lengua, particularmente del tipo papilar, pues estos tumores, dan metástasis muy lentamente y no infiltran la submucosa y capa muscular, por lo cual está bien indicada la excisión quirúrgica sola.
- 2) Pacientes debilitados y viejos quienes representan más riesgos quirúrgico.
- 3) Pacientes que rehusan el tratamiento quirúrgico.
- 4) Tumores pequeños y recientes de bajo grado histológico sin ganglios linfáticos palpables y que responden excepcionalmente bien a la terapia de radiación. Los pacientes incluidos en estos grupos deben ser observados frecuentemente por la posibilidad de recurrencias y metástasis. Los enfermos - en los grupos 2, 3 y 4 son tratados única y exclusivamente por radiación.

Las razones para el tratamiento combinado de radiación primero y luego cirugía, de preferencia a la radiación o cirugía solas para el tratamiento del tumor local, son:

- 1) Cuando el paciente es examinado, el tumor es activo y en la mayor parte los linfáticos están ya invadidos, de aquí que las recurrencias post-operatorias son relativamente mayores.

- 2) La irradiación destruye un gran número de tumores primarios o desvitaliza los más grandes, a tal grado que hace más segura la extirpación quirúrgica y disminuye la posibilidad de recurrencias.
- 3) Un alto porcentaje de pacientes con cáncer de la lengua, llegan a veces en el período inoperable. La inoperabilidad puede ser debida a la extensión del tumor local o al de las metástasis en el cuello. Muchos de estos casos se vuelven operables después de haber sido irradiados.
- 4) La terapia de radiación, dada en suficiente cantidad para erradicar carcinomas de células escamosas en la lengua, provoca permanente daño tisular en las estructuras normales circunvecinas (endarteritis obliterante y esclerosis), dando por resultado un alto porcentaje de necrosis secundaria en las partes blandas y en el tejido óseo. Estas úlceras secundarias y necrosis óseas, aparecen varios meses o años más tarde, son excesivamente dolorosas e incapacitan al paciente provocándole marcada pérdida de peso debido al dolor y a la inanición. La remoción del sitio irradiado con un margen de tejido sano, evita estas complicaciones desagradables.
- 5) La excisión del tejido irradiado remueve las células cancerosas remanentes, mejorando los chances de recuperación del paciente.

El cáncer de la lengua y piso de la boca dá mejores resultados cuando es tratado con terapia de radiación primero y cirugía después, que con la operación quirúrgica solo como primer escoge. El margen de seguridad que puede darse por cirugía es pequeño y muchos de los casos son muy extensos cuando son vistos por primera vez.

Las intervenciones quirúrgicas usualmente se practican de 4 a 6 semanas después de terminada la serie de tratamiento por irradiación. Sin embargo, en algunas clínicas, el procedimiento quirúrgico se hace 10 a 15 días después de terminado el tratamiento por irradiación. Pero parece más lógico siempre esperar un poco más, de tal manera que se permita una mayor reducción del tumor y mayor desvitalización de las células cancerosas.

Tratamiento quirúrgico de las metástasis cervicales por cáncer de la lengua: La literatura médica, contiene muchas listas de indicaciones para la disección del cuello, en el cáncer de -

la cara y cavidad oral. Durante los últimos años se ha optado una actitud más radical, en relación con el cáncer de la lengua y piso de la boca, a consecuencia de la gravedad de la enfermedad. Parece ser generalmente aceptado por muchas autoridades, que la disección del cuello está indicada, cuando hay ganglios cervicales palpables y el carcinoma primario ha sido erradicado o hay seguridad suficiente de que puede ser destruido con irradiación, o removido quirúrgicamente. La terapia de radiación muy raras veces da supervivencia de 5 años, cuando hay metástasis cervicales por cáncer de la lengua o piso de la boca.

Con los enormes adelantos en la anestesia, cuidados pre y post operatorios, incluyendo los antibióticos, nutrición adecuada y por las transfusiones de sangre, la mortalidad por disecciones radicales del cuello, es muy baja en la actualidad. Al presente se recomienda hacer disecciones radicales del cuello, aún cuando los ganglios linfáticos cervicales no son palpables durante la admisión del paciente, con la esperanza de hacer curas definitivas hasta donde sea posible. Otro argumento en favor de esta decisión, es la analogía de su tratamiento, con el tratamiento quirúrgico del cáncer de la mama. Halsted estableció hace 50 años, la importancia de la operación radical para el cáncer de la mama en todos los casos en que se comprobó su existencia, independiente de si ó no estaban invadidos los ganglios axilares. Por este método, el total de curas por 5 años se ha aumentado enormemente. Haagenson (1) recientemente ha hecho hincapié sobre el valor del principio Halstediano radical y reporta un alto porcentaje de supervivencia de 5 años cuando los ganglios linfáticos no estaban invadidos macro ó microscópicamente (90%).

Indicaciones para disección del cuello:

- 1) Que el tumor primario haya sido erradicado o que haya una razonable seguridad para que sea extirpado en el momento de la disección del cuello. En muchos casos el paciente ha recibido ya irradiación pre-operatoria, con marcada reducción o completa curación de la lesión primaria. Puesto que pueden haber recurrencias, es preferible que el sitio primario sea extirpado quirúrgicamente para reducir la posibilidad de dicha recurrencia, y segundo para evitar la radionecrosis que se presenta en un alto porcentaje de casos.
- 2) Es preferible no esperar que los ganglios sean palpables, y seguros de que el paciente se encuentra en buena salud, para someterlo al tratamiento de cirugía radical del cue-

llo. Sin embargo, algunas autoridades en la materia insisten que el cáncer metastásico debe ser palpable en el cuello antes de someterlo a la disección radical.

- 3) El neoplasma primario debe estar limitado a uno de los lados de la lengua o del piso de la boca; puesto que si el tumor primario se encuentra en la línea media, las metástasis bilaterales es muy fácil que aparezcan en ambos lados del cuello.
- 4) Las metástasis no deben ser muy extensas, móviles y no deben extenderse por debajo del músculo omohioideo. Las adherencias a la arteria carótida primitiva son una contraindicación relativa para la operación.
- 5) La condición general del enfermo debe ser evaluada, para determinar la posibilidad de soportar tal operación. La edad no siempre es una contraindicación. Es más importante la edad fisiológica que la edad del calendario.
- 6) Las metástasis distantes son también contraindicaciones para la disección radical del cuello.

Terapia de irradiación en las metástasis servicales: La terapia de radiación en el tratamiento de las metástasis cervicales está limitado a los siguientes grupos de pacientes:

- 1) Aquellos que tienen ganglios pequeños en el cuello, especialmente si hay sólo uno o dos, y en individuos que no pueden soportar una disección radical del cuello a causa de su inhabilidad física.
- 2) Grandes masas ganglionares inoperables.
- 3) Metástasis asociadas con una lesión primaria, la cual es con toda probabilidad incurable.
- 4) Metástasis en el cuello recurrentes después de extirpación quirúrgica.

Caso No.	Archivo	Nombre	Edad	Sexo	Sitio de la lesión	Descripción del Tumor	Metastasis	Diagnostico Clínico	Diagnostico de Laboratorio-Biopsia	Serología	Tratamiento	Resultado inmediato	Resultado definitivo	Supervivencia
1	103 4 Feb. 1939	P. M. v. de L.	68	F.	Borde derecho de la lengua	Pequeña ulceración de fondo liso, bordes limpios, ligeramente dolorosa a la presión, del tamaño de un grano de maíz, situado en la parte posterior del borde derecho de la lengua. Evolución 4 meses.	0	Ulceración crónica de origen dentario.	No se tomó biopsia.	0	Extracción de piezas dentarias.	Bueno	Curado	Sobrevivió 16 años después del tratamiento de la lesión
2	115 6 Marzo 1939	F. C.	60	M.	Punta y borde de la lengua.	Hay cambio de coloración en la punta y bordes de la lengua, coloración violácea, no endurecimiento, no infiltración.	0	Clostitis lúética	No se tomó Biopsia.	Positiva	Colutorios	Mejoría	No hubo transformación maligna de lesión.	Sobrevivió 13 años. Falleció en interv. quirúrgica por hernia.
3	268 27 Mayo 1940	S. M.	40	F.	Borde izquierdo de la lengua.	Ulceración de la parte media del borde izq. de la lengua, tamaño de una moneda, bordes irregulares duros, infiltración a tejidos vecinos, punta retraída, desviada a la izq., infiltración peritumoral, sobrepasa la línea media y toma parte fija de la lengua.	0	Epitelioma de la lengua; Metastasis ganglionares.	No se tomó biopsia.	0	1) 9 aplic. de tel. Lesión lin. r. profunda igual casi tracción de piezas dentarias. 2) Dos meses después, 5 agujas de radium de 2 mgs. influencia total 340 mgs. Tiempo empleados 34 horas.	Mejorado	Sobrevivió 3 años después del tratamiento.	
4	636 8 Mayo 1945	A. H.	50	F.	Borde izq. de la lengua tercio medio.	Lesión en relieve del tamaño de un nance, dura, superficie congestionada abierta e infectada secundariamente. Evolución 7 meses, origen traumático.	0	Epitelioma de la lengua.	Epitelioma de tipo celular muy infectado.	Positiva	Terapia profunda 26 aplic. No se sabe si posteriormente se le aplicó Radium.	Mejoría en un 75%.		

Caso No.	Archivo	Hombre	Edad	Sexo	Sitio de la lesión	Descripción del Tumor	Metástasis	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico de Laboratorio - Biopsia	Serología	Tratamiento	Resultado inmediato	Resultado definitivo	Supervivencia
5	343 4 Mayo 1941	R. H.	56	M	Borde izq. de la lengua, delante de la v lingual que invade la cara ventral del órgano con una extensión de 2 cm.	Lesión ulcerada y sangrante del pilar anterior de la amígdala, marcada infiltración del borde izquierdo de la lengua que invade todo el espesor del órgano en ese lado, dura, dolorosa, adenopatía cervical izq. y tumefacción marcada de la glándula submaxilar de ese mismo lado, sin poderse manifestar si es neoplásica o inflamatoria, hay marcada reacción de radiopletitis	Cervicales izquierdas	Epitelioma secundario de la lengua infiltrante Grado III	Epitelioma espinocelular de la amígdala (primario)	No se tomó	Terapia profunda, 30 aplicaciones técnicas de Coutard 2) Clavaje directo de 4 agujas de Radium de 2 mgm. con 1/2 mm. de platino. Perpendicular al órgano y en dosis de 133 mgm h. por cm3 durante 72 horas. Tiempo de observación 7 a 8 días. Luego se practica cura radical del cuello			
6	705 5 Abril 1946	C. H.	60	M	Borde derecho de la lengua	Erosión superficial que ocupa la parte media del borde derecho de la lengua. evolución 6 meses. Origen tabaco?	0	Cáncer de la lengua	No se tomó Biopsia	No se tomó	Terapia profunda, no se sabe cuantas aplicaciones	Mejora de 50%	Malo	Falleció un año después del tratamiento
7	803 25 Feb. 1947	J. G.	40	M	Amígdala, velo del paladar y base de la lengua	Ulceración que ocupa el velo del paladar, amígdala izq. y base de la lengua. Aspecto fungoso, evolución 4 meses	Adenopatías submaxilar y cervical	Epitelioma del velo del paladar, maligiano	Epitelioma maligiano de espinocelular	Positiva	Quince aplicaciones de terapia profunda. Tratamiento anti-tifélico. Control dentro de 3 meses	Mejorado	Malo	Falleció 8 meses después del tratamiento
8	969 17 Julio 1948	J. H.	75	M	Cara dorsal de la lengua, tratada en 1942 dándole por clínicamente curado	Tumoración del tamaño de un limón grande, dura, dolorosa al tacto, en la región submaxilar entre las ramas horizontales del maxilar inferior. Hay ganglios submaxilares y cervicales	Adenopatías submaxilares y cervicales	Cáncer de la lengua	No se tomó Biopsia	No se hizo	2 aplicaciones de Radium, 10 agujas de 2 mgm 1/2, dosis por cm3 150 mgm, dosis total 3840 mgm. Tiempo empleado 8 días	Clinicamente curado		Sobrevivió 6 años después del 1er. tratamiento. Murió 1 año después del 2º tratamiento

Caso No.	Archivo No.	Nombre	Edad	Sexo	Sitio de la lesión	Descripción del Tumor	Metástasis	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico de Laboratorio - Biopsia	Serología	Tratamiento	Resultado Inmediato	Resultado Definitivo	Supervivencia
9	976 21 Julio 1948	S. A.	28	F	Borde izq. de la lengua	Úlceración que ocupa el borde izq. de la lengua de 2 cm. de largo por 1 cm. de profundidad con ligera invasión a la cara inferior de la lengua y al frenillo, hay tendencia a invadir la encía del mismo lado. Lesión sangrante	0	Carcinoma de la lengua Grado II	No se tomó Biopsia	0	Quince aplicaciones de terapia profunda	Mejorado en un 50%		Imposible localizarlo
10	1044 12 dic. 1948	R. V.	73	M	Cara inferior de la lengua	Úlceración como de 3 cm. que ocupa la cara inferior de la lengua ocupando parte del frenillo	0	Cáncer de la cara inferior de la lengua	No se tomó Biopsia	No se hizo	18 aplicaciones de terapia profunda	Clinicamente curado	Un año después metástasis cervicales	
11	1291 26 Mayo 1951	F. P. R.	86	M	Borde izquierdo de la lengua	Úlceración neoplásica del borde izquierdo de la lengua en su parte posterior que invade hasta la base de la misma y la región alveolar del mismo lado	0	Carcinoma de la lengua	Epitelioma espinocelular	No se hizo	Rx 12 aplicaciones de 354 r. % intraoral, total 4248 r. 2) 14 aplicaciones de 200 r. en dos áreas de la cara derecha e izquierda. Total 2800 r.	Clinicamente curado	Regular. Murió a consecuencia de la enfermedad que padecía	Murió 3 años después del tratamiento
12	1317 30 Oct. 1951	R. O. C.	41	M	Base de la lengua y pilar anterior del velo del paladar	Neoplasia de la base de la lengua, dura, que infiltra gran parte de la lengua y el pilar anterior derecho	Adenopatía submaxilar derecha	Carcinoma de la base de la lengua y pilar anterior	Carcinoma maligno epinocelular	No se hizo	Rx 18 aplicaciones de 200 r. % Total 3600 r.	Mejorado	Malo	Supervivió 6 meses después del tratamiento
13	1369 6 Junio 1952	J. P. R.	33	M	Borde derecho de la lengua	Parte posterior del borde derecho que infiltra la mitad del mismo lado, invade el piso de la boca lo mismo que los pilares amigdalinos del mismo lado	Adenopatías cervicales y carótidas	Carcinoma de la lengua	Carcinoma espinocelular	No se hizo	1) Rx 36 aplicaciones de 200 r. % en 3 áreas; cara, lados derecho e izquierdo y submaxilar anterior. Total 7200 r. en 3 semanas	Sa. desc. notable al resultado inmediato. El enfermo se fue	Murió 8 meses después de iniciado el tratamiento	Menos de un año después de iniciado el tratamiento

Caso No.	Archivo	Nombre	Edad	Sexo	Sitio de la lesión	Descripción del Tumor	Metástasis	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico de Laboratorio - Biopsia	Serología	Tratamiento	Resultado Inmediato	Resultado Definitivo	Supervivencia
14	1351 24 Junio 1952	J. V. R.	50	M	Cara inferior de la lengua y piso de la boca	Lesión carcinomatosa del piso de la boca lado izq. que infiltra todo ese lado y toma la cara inferior de la lengua en casi toda la extensión del lado izquierdo	Adenopatías metastásicas en la región cervical izquierda	Carcinoma del piso de la boca	Biopsia de lengua. Carcinoma malpighiano espino celular	No se hizo	Roentgenoterapia. Únicamente 10 aplicaciones por no soportarlas el paciente. Se ignoraba la dosis administrada	Malo	Malo	Subvivió 3 meses después del tratamiento
15	1078 27 Sept. 1947	A. A. de H.	50	F	Borde derecho de la lengua	Ulceración de la lengua con un nódulo de 5 cm. de diámetro en el borde derecho. Evolución dos años. Etiología: Tabaco	Ganglionares en la región submaxilar y cervical	Cáncer de la lengua			Terapia profunda, se ignora que cantidad recibió de radiaciones	Mismo estado	Malo	Subvivió 3 meses después del tratamiento
16	99099 7 Junio 1952	P. E. de R.	50	F	Borde derecho de la lengua	Tumoración del tamaño de un nódulo que ocupa el borde derecho en su tercio posterior	0	Fibroma de la lengua	Condroma	0	Con anestesia local con metocaina se incide en forma de cuña a ambos lados de la tumoración se suturan los bordes con catgut 00	Curado		
17	115829 19 Enero 1953	V. M. de H.	48	F	Lado izquierdo de la lengua	Ulceración de la lengua localizada en el lado izquierdo. Porción móvil de la lengua, consistencia dura, no sangra, constante ni dolorosa. Den- tadura en mal estado con prótesis	Adenopatías cervicales no dolorosas del lado de la lesión	Goma de la lengua? TB lingual? Cáncer de la lengua?	1) Carcinoma malpighiano espino celular 2) el mismo diagnóstico 3) la mayor parte de la muestra de lengua examinada donde estaba el carcinoma está formada de tejido necrótico. Hay células gigantes, reacción de Rx	Negativa	29/1 al 4/11 1953: 6 aplicaciones de 1000 r. en la lesión borde izq. Total 6000 r. 29/VI/53: Biopsia 6/VII/53: Amputación parcial de la lengua, radical del cuello	Dos meses después: Curado?	1) 9/XI/53: Biopsia negativa a malignidad 2) 9/VII/54: un año después de operada estado general bueno, no hay ganglios, cicatrices limpias	Dos años después del tratamiento no recidiva ni metastásica

Caso No.	Archivo	Nombre	Edad	Sexo	Sitio de la lesión	Descripción del tumor	Metástasis	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico de Laboratorio - Biopsia	Serología	Tratamiento	Resultado inmediato	Resultado definitivo	Supervivencia
18	129807 16 Julio 1953	C. U. M.	50	F	Borde izquierdo de la lengua	Lesión de caracteres neoplásicos de tipo ulceroso que infiltra los dos tercios posteriores del borde izq. de la lengua y parece infiltrar un poco la masa muscular. Etiología: raigones dentarios	No se encuentran adenopatías	Cáncer de la lengua	1) Biopsia negativa a malignidad 2) Carcinoma epinocelular tipo perlado	Kahn negativo de la biopsia VDRL Post-tivo Cuantitativo - Negativo	Implantación de 9 agujas de Radium de 1 mgm en el borde izq. de la lengua en el tercio medio, se retiran 5 días después. Totales de aplicación - 7200 r. la paciente toleró bien la aplicación	Mejorado	Mejorado	
19	116138	H. P. C. H.	75	M	Base de la lengua	Presenta una lesión neoplásica en la base de la lengua lado izq. con invasión al suelo de la boca y en la fosa faríngea, fetidez marcada y trismo. Ventadura en pástimo estado de conservación	Adenopatías metastásicas ganglios izquierdos	Cáncer de la base de la lengua avanzado (zudo)	Leucoplasia. No se observa malignidad en la muestra examinada		Tratamiento paliativo, hierro vitamínico. Exige alta y no se le instituye ningún tratamiento específico. No se tomaron más biopsias	El mismo estado que al ingresar		Falleció 10 meses después del tratamiento
20	114778 5 Enero 1953	R. U. C. H.	55	M	Lengua parte móvil	Lado izq. Hay una lesión de origen neoplásico probablemente que le causa dificultad para hablar y le provoca sialorrea	?	Cáncer de la lengua avanzado	Carcinoma maligno epinocelular	Negativa	Aplicación de Rx	Mejorado		Falleció año y medio después del tratamiento
21	131807 12 Agosto 1953	A. P. E.	1 año 3 meses	M	Punta de la lengua	Se aprecia en la punta de la lengua abultamiento difuso de aspecto edematoso azulado remitente	Negativa	Linfangiooma	Las paredes del quiste están formadas por un epitelio de tipo respiratorio pseudo-estratificado cilindrico, descansando sobre un corion fibroso. Embrioma benigno	Negativo	Quirúrgico. Insección en el borde lingual derecho. Insección del quiste que se rompe on las maniobras de extirpación saliendo líquido mucinoso. Cierre de la herida en dos planos con crómico 00	Curado	Curado, no recidiva local ni general	Vivió año y medio después del tratamiento

Caso	Archive No.	Nombre	Edad Sexo	Sitio de la lesión	Descripción del Tumor	Metástasis	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico de Laboratorio - Biopsia	Serología	Tratamiento	Resultado inmediato	Resultado definitivo	Supervivencia
22	68459 8 Mayo 1951.	H. L. H.	80 F	Base y borde derecho de la lengua	Presenta una lesión neoplásica en parte posterior del borde derecho y base de la lengua de tipo proliferativo que invade el reborde alveolar y el pilar anterior	Se aprecia el crecimiento de las neoplasias adenopáticas en la región carotídea y angulo maxilar	Cáncer de la base de la lengua y adenopatía cervical	Acantoma	?	Rx. La enferma exige alta	El mismo estado	Mal	Falleció 7 meses después del tratamiento
23	167772 28 Abril 1951	J. R. C.	30 F	Borde derecho de la lengua	Presenta una lesión ulcerosa de bordes indurados en el borde derecho de la lengua que infiltra un poco el suelo de la boca. Sangra al contacto. Dimensión: 3 cm. por 1 1/2 cm.	Se aprecia adenopatía en el ángulo del maxilar de unos 6 cm. de diámetro	Cáncer de la lengua con adenopatía cervical	Carcinoma maligno epiglotico nodular	Negativa	Se indica radioterapia para la lesión lingual y para la adenopatía cirugía radical, pero la paciente rehúsa el tratamiento	El mismo estado	Mal	Falleció 3 meses después de su consulta
24	47537 5 Junio 1953	L. H. de F.	55 F	Base de la lengua	Hay una placa blanquecina en la base de la lengua a nivel de la epiglótis. 29 examen: En base de la lengua se aprecia una ulceración como de 2 cm. de diámetro que se extiende hasta las valículas. Está cubierta de exudado fibrinoso indurada al tacto, lado izquierdo	Pequeños ganglios uno a cada lado del asta mayor del hioy des	Leucoplasia? Cáncer? Diagnóstico final: Cáncer de la base de la lengua con invasión laríngea	Carcinoma maligno epiglotico nodular	Negativa	Rx 6000 r. en 1 1/2 meses	Aspecto de la base de la lengua y epiglótis normal. Siempre hay ganglios carotídeos. Mejorados	No recidiva local. Hay adenopatía cervical. Metástasis?	Viva un año 10 meses después del tratamiento
25	103771	M. E. R.	18 M	Uersso de la lengua tercio posterior	Lesión ulcerosa de unos 3 cm. de diámetro, bordes prominentes, situada en el dorso de la lengua en su tercio posterior	Adenopatías cervicales bilaterales	TB de la lengua? Linfosarcoma	Proceso inflamatorio granulomatoso, no específico. No hay evidencia de malignidad al presente	0	Observación: No se sabe si fué controlado después de la biopsia ni si se le instituyó tratamiento			Imposible localizarlo

Caso No.	Archivo	Nombre	Edad	Sexo	Sitio de la lesión	Descripción del Tumor	Metástasis	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico de Laboratorio - Biopsia	Serología	Tratamiento	Resultado inmediato	Resultado Definitivo	Supervivencia
26	67870 30 Abril 1951	L. R. S.	46	M	Borde izquierdo de la lengua	Tumoración en el borde izquierdo de la lengua parte media, del tamaño de un grano de maíz, sangrante, indolora, sessil, a la palpación no parece extenderse	0	Cáncer polipoidal de la lengua. ? Diagnóstico Final: Papiloma lingual	1) Marcada hiperplasia del epitelio pero la basal está bien limitada. En el corion hay un proceso inflamatorio con abundantes fenómenos necróticos. No hay evidencia de malignidad al presente. 2a Biopsia: Proceso marcado de hiperacantosis, no hay evidencia de malignidad	Negativa	Biopsia que interesa casi toda la lesión. Electrocoagulación de toda la lesión. Control cada 6 meses	Mejorado		
27	79052 25 Sept. 1951	J. S. G.	2 meses	M	Cara inferior de la lengua	Tumoración en la cara inferior de la porción libre de la lengua, de aspecto quístico, pediculado	0	Linfangioma quístico de la lengua	Quiste de naturaleza linfática		Tratamiento quirúrgico. Se colocan puntos por transfixión en la base del tumor y se secciona	Bueno. Lesión cicatrizada	Curado	4 años después del tratamiento aún vive
28	106600	J. B. M.	58	F	Borde derecho de la lengua	Lesión ulcerosa de aspecto neoplásico en el borde derecho de la lengua en su tercio posterior que llega hasta el pilar anterior-2 cm. de diámetro e infiltra un poco en profundidad. Placas de leucoplasia diseminadas, dentadura en pésimo estado	Negativas al examen físico	Carcinoma de la lengua	Carcinoma maligno baso-celular	Positiva	Se instituyó tratamiento antitumoral. No hay reporte si se hizo o no tratamiento específico de la lesión			Falló un año después de su consulta

Caso No.	Archivo	Nombre	Edad	Sexo	Sitio de la lesión	Descripción del Tumor	Metástasis	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico de Laboratorio - Biopsia	Sero- logía	Tratamiento	Resultado inmediato	Resultado definitivo	Supervivencia
29	90976 26 Feb. 1952	B. M. A.	76	M	Base de la lengua y borde derecho	Lesión de tipo ulceroso a nivel de la base de la lengua, lado derecho que invade el tercio posterior del mismo lado y la encía correspondiente. Híde la lesión 3x2 cm. Esta lesión es dolorosa	Hay una adenopatía cervical	Carcinoma base de la lengua	Leucoplasia. No hay evidencia de malignidad	?	No se hizo tratamiento por haberse fugado al extranjero	El mismo estado	El mismo estado a los 4 meses	Falleció dos meses después de su consulta
30	94913 8 Abril 1952	V. E. A. H.	67	M	Borde anterior	Se aprecia en la parte posterior del tercio anterior de la lengua lesión indurada, situada a la izq. de la línea media, 2x1½ cm. y que infiltra un poco el espesor de la lengua, no hay ulceración, color rosado	0	Sospacha de carcinoma de la lengua	Leucoplasia. No hay evidencia de malignidad	Negativa	Tratamiento anti-tuberculoso 600,000 U. Penicilina. Observación.	El mismo estado	El mismo estado a los 4 meses	Imposible localizarlo
31	134146 16 Nov. 1953	H. C. L. V. de H.	53	F	Base de la lengua	Lesión de la base de la lengua, lado izq. como de 2 cm. de diámetro, centro ulcerado, bordes prominentes que infiltra en profundidad	Se aprecia adenopatía en el ángulo maxilar derecho	Carcinoma de la base de la lengua	Carcinoma maligno epitelio celular	No se tomó	Radium 7 agujas de 5 mm. qd. Total: 35 mm. Total: 11,500 r. en la base de la lengua	Mejorado. Se recolecta muestra dentro de 4 meses	Falleció año dos meses después del tratamiento	
32	126054 3 Junio 1953	G. A. V. de G.	60	F	Punta de la lengua. Parte dorsal	Ulceración de bordes irregulares, poco profunda, fondo plano y rojizo. Se observan en la mucosa vecina puntos blanquecinos y pequeñas placas de leucoplasia	Adenopatía metastásica en la región maxilar derecha	Carcinoma de la punta de la lengua	Carcinoma maligno epitelio celular	Positiva WRL 1:2	Se prescribió Radium primario y luego vaciamiento radical del cuello. Se le aplica posteriormente Rx 11,000 r. durante 20 días 35 aplicaciones en 5 áreas intraoral, submaxilar derecha e izq. y cervical derecha	Mejorado. No ha regresado a control	Nulo	Falleció año y medio después del tratamiento

Caso No.	Archivo	Nombre	Edad	Sexo	Sitio de la lesión	Descripción del Tumor	Metástasis	Diagnóstico clínico	Diagnóstico de Laboratorio Biopsia	Serología	Tratamiento	Resultado inmediato	Resultado definitivo	Supervivencia
33	149197	I. H. da 29 marzo 1954	40	F	Uorso de la lengua	En el dorso de la lengua en su tercio inferior se aprecia una tumoración dura y globulosa como de 2 1/2 cm. de diámetro	Adenopatías cervicales	Carcinoma de la lengua ?	Leucoplasia	Negativa	No se instituye tratamiento ni se continúa estudio. La paciente exige alta	El mismo estado		Falleció 6 meses después de su consulta
34	153123	R. B. C. 15 marzo de M. 1954	75	F	Borda posterior lado derecho	Tumoración que ocupa los dos tercios posteriores del lado derecho de la lengua, dolorosa, ulceración pequeña en la cara superior cerca del pilar anterior que se extiende al piso de la boca y encía. Se observan varias placas de leucoplasia en la cara superior de la lengua	Dudosas	Carcinoma de la lengua.	Carcinoma maligno epiglotario	Negativa	Tratamiento con Rx. Se ignora cantidad aplicada	Mejorada	Recidiva local. Estado general grave. Hay metástasis cervicales	Falleció un año después del tratamiento

ANALISIS DE LOS CUADROS ANTERIORES

En una revisión de tumores linguales en general, sacados de los archivos de la Clínica de Diagnóstico Precoz del Cáncer del Hospital Rosales y del Consultorio de Cancerología de la Sociedad de Beneficencia Pública, desde los años comprendidos, entre 1939 y 1954, es decir, en un período de 15 años, se encontraron 34 casos de dichas lesiones, comprendiendo pacientes de casi toda la República, que acudieron a estos Centros, para examen, diagnóstico y tratamiento, de sus padecimientos linguales.

Esta cifra encontrada me parece un poco baja, pues creo que debe haber mucho mayor número de casos; pero que desgraciadamente quizá, por extravío de fichas, otras porque son sumamente incompletas en su estudio y otros casos porque han sido tratados en clientela particular o no han consultado nunca, no se tiene un reporte más exacto en cuanto a cantidad, sobre todo en un lapso de tiempo bastante largo, lo que viene en cierto grado a desfigurar los datos exactos en relación con este tipo de patología.

Sin embargo, creo que, con los datos positivos que disponemos puede hacerse algo para esclarecer la verdad y gravedad del proceso.

Estos 34 casos podemos agruparlos en la siguiente forma:

Lesiones no tumorales.....	3	casos o sea el	9%
Tumores benignos.....	4	" " " "	12%
Lesiones premalignas.....	1	" " " "	3%
Tumores malignos.....	26	" " " "	76%
	<u>34</u>		<u>100%</u>

Este cuadro nos viene a demostrar que el tipo de lesiones encontradas más frecuentemente en nuestro medio son, los que corresponden a los tumores malignos, pues nos dan un porcentaje elevadísimo en relación con el número de casos encontrados.

El siguiente cuadro nos demuestra la relación entre la edad con el tipo de lesiones:

<u>Años</u>	<u>Lesiones no Tumorales</u>	<u>Tumores Benignos</u>	<u>Lesiones Premalignas</u>	<u>Tumores Malignos</u>
0 a 9	0	2	0	0
10 a 19	1	0	0	0
20 a 29	0	0	0	1
30 a 39	0	0	0	2
40 a 49	0	1	0	5
50 a 59	0	1	0	9
60 a 69	2	0	1	2
70 a 79	0	0	0	5
80 y más	0	0	0	2
TOTAL	3	4	1	26

Vemos en este cuadro que de 0 a 9 años no se encontró ningún maligno, apareciendo únicamente dos tumores benignos; un embrioma benigno y un linfangioma. De 10 a 19 años ningún tumor benigno, pero sí una lesión no tumoral que fué considerada como un proceso granulomatoso crónico. De 20 a 29 años ninguna lesión benigna y una lesión maligna considerada como un carcinoma de la lengua Grado II. De 30 a 39 años ninguna lesión benigna y dos tumores malignos catalogados como carcinomas espinocelulares. De 40 a 49 años, un tumor benigno catalogado como papiloma, y cinco carcinomas. De 50 a 59 años, un tumor benigno catalogado como fibroma y al estado histológico como un condroma, y 9 carcinomas. De 60 a 69 años, 2 lesiones no tumorales catalogadas como una ulceración crónica de origen dentario y otra como una glositis luética; una lesión premaligna etiquetada como leucoplasia y 2 carcinomas entre las malignas. De 70 a 79 años ninguna lesión benigna y dos tumores malignos.

De lo entresacado en este cuadro vemos que las lesiones benignas y premalignas se presentaron indistintamente en las edades comprendidas entre 0 y 69. Llama la atención que las lesiones malignas inician su aparición a fines de la segunda década, para luego comenzar su descenso progresivo, con una pequeña alza en la séptima década, para caer nuevamente a partir del final de ésta.

Por consiguiente, en nuestro país el cáncer de la lengua es más frecuente en la quinta década de la vida.

Relación del sexo con el tipo de lesiones: Llama poderosamente la atención la relación del sexo con los diferentes tipos de lesiones, pues de los 34 casos, encontramos en el sexo masculino 6 lesiones del tipo benigno y 12 del tipo maligno; en

cambio en el sexo femenino encontramos 2 lesiones de tipo benigno y 14 del tipo maligno. Salta a la vista con estos datos, que las lesiones de tipo maligno, en esta revisión y en nuestro país, predominan en el sexo femenino.

Si bien es cierto que en el conjunto de lesiones benignas y malignas el mayor número se presentaron en el sexo masculino, no sucede así en cuanto se refiere a los malignos en particular, pues de los 26 casos encontrados, el porcentaje mayor corresponde en este estudio, al sexo femenino; representando el 54%, el 46% al sexo masculino y, siendo el 1.5% el porcentaje de cáncer de la lengua en relación con todas las localizaciones de cáncer en El Salvador; el 0.8% corresponde al sexo femenino y 0.7% al sexo masculino aproximadamente.

Localización en general: La localización más frecuente de los tumores linguales se encontró en los bordes derecho é izquierdo del órgano; 8 casos en el borde derecho y 10 en el izquierdo. En la punta se encontraron 3 tumores, en la cara inferior 3, en la base 7 y en el dorso 3. Los sitios más frecuentes de estas localizaciones tumorales, corresponden en primer lugar, a los bordes y en segundo lugar le siguen los localizados en la base, luego corresponden casi indistintamente en la misma relación, los de la punta, cara inferior y dorso.

Localización en relación con el tipo de tumores: En los bordes de la lengua encontramos 4 tumores benignos; 2 que corresponden al borde derecho y 2 al izquierdo. Tumores malignos: 6 en el borde derecho y 8 en el izquierdo. En la base encontramos: únicamente 7 tumores malignos. En la punta encontramos 2 tumores benignos y 1 maligno. En la cara inferior 1 tumor benigno y 2 malignos. En el dorso 1 benigno y 2 malignos. El tipo de lesión carcinomatosa más frecuentemente encontrada en estas localizaciones fué, la úlcera neoplásica.

Adenopatías: Se encontraron positivas en 18 casos y negativas en 16. De las 18 positivas; 7 eran cervicales, y 5 submaxilares y 6 cervicales y submaxilares.

Diagnóstico: En el diagnóstico clínico de las diferentes lesiones, se consideran como tumorales tres casos, como benignos 3 casos, y 28 como malignos.

En 25 casos, el diagnóstico clínico fué comprobado por medio del estudio histológico y en los 9 restantes no se comprobó el diagnóstico con dicho estudio, cosa que es de lamentar ya que muchas de estas lesiones fueron consideradas clínicamente como de origen carcinomatoso y tratadas como tales.

En el estudio histológico del total de casos se encontraron:

Lesiones no tumorales.....	1
Tumores benignos	5
Lesiones premalignas.....	3
Tumores malignos.....	16
Total.....	25

Relación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico Histológico: Al dar el siguiente diagnóstico clínico del grupo de las lesiones encontramos que, fueron clasificadas en la siguiente forma:

Lesiones no tumorales.....	4
Tumores benignos.....	5
Lesiones premalignas.....	0
Tumores malignos	25
Total....	34

El estudio histológico de los casos en que se hizo el diagnóstico clínico, concuerda con el diagnóstico de la biopsia. Estos casos podemos agruparlos así:

Lesiones no tumorales.....	1
Tumores benignos.....	5
Lesiones premalignas.....	3
Tumores malignos.....	16
Total.....	25

Es verdaderamente lastimoso que no todos los casos tengan estudio histológico, ya que éste es el decisivo para afirmar o negar el tipo de lesión que se ha diagnosticado clínicamente, por ejemplo tenemos los casos 19 y 33, en los cuales el diagnóstico clínico fué de carcinoma de la lengua y el del estudio histológico el de leucoplasia sin evidencia de malignidad al presente, y en ambos casos los pacientes fallecieron 10 y 6 meses después respectivamente a consecuencia de su lesión lingual, ya que no se instituyó en ninguno de los dos casos tratamiento adecuado.

Serología y relación con las lesiones: Se practicó serología en 15 casos sobre un total de 34, y no se practicó en 19 casos de todo el conjunto. Fueron positivas para lesiones no tumorales: 1, para malignas 4 y premalignas 0. Fueron negativas para malignas 7, para benignas 2, para premalignas 1, y para no tumorales 0. En las que no se practicó serología, 16 casos

corresponden a lesiones clasificadas como malignas, 2 para benignas y 1 para no tumorales.

Es una lástima que a este dato no se le haya dado la importancia que merece, pues a mi juicio es básico en el estudio de dichas lesiones, ya que es uno de los factores principales en las teorías sobre la etiología del cáncer de la lengua.

Tratamiento, Resultado inmediato y definitivo, Supervivencia:

Para mayor claridad del tema, enmarcaré en conjunto lo que a tratamiento, resultados y supervivencia se refiere, puesto que en esta forma daremos una mejor exposición panorámica de la conducta en que fueron manejados estos casos.

La conducta seguida con fines de tratamiento para curar o aliviar a los pacientes fué la siguiente: en el conjunto de lesiones de tipo no tumoral, el aspecto terapéutico fué enfocado así: ulceración crónica de origen dentario, cuyo tratamiento fué, la extracción de piezas dentarias; es decir, la remoción de la causa directa de la injuria, el resultado inmediato al tratamiento fué bueno, el resultado definitivo la curación; dicha paciente ha sobrevivido 16 años sin ninguna manifestación clínica de malignidad.

Glositis luética; tratamiento, colutorios?, a mi juicio, la conducta seguida en este caso encuadra un grave error, puesto que conociendo el tipo y origen de la lesión, no fué tratada con el agente específico, el resultado inmediato fué una mejoría, en el resultado definitivo, afortunadamente no hubo transformación maligna, el paciente sobrevivió 13 años, con su proceso y falleció a consecuencia de una intervención quirúrgica en una hernia estrangulada.

Proceso inflamatorio crónico granulomatoso no específico; a este caso no se le aplicó ningún tratamiento, se recomendó observación de la lesión, pero desgraciadamente esta última no pudo seguirse, pues el paciente no volvió a presentarse a la consulta, por lo tanto se desconoce el resultado final y la supervivencia de este paciente. Posiblemente este enfermo haya curado pues era un individuo joven en la segunda década de la vida y en esta época es muy raro que se presenten lesiones malignas. Sin embargo, hay que hacer reservas en considerar el resultado final de esta lesión.

La conducta terapéutica seguida, en cuanto se refiere a tumores benignos, fué la siguiente: Condroma de la lengua, trata-

miento, excisión quirúrgica en la lesión y sutura de los bordes, el resultado inmediato, fué de la curación, desgraciadamente el resultado definitivo y la supervivencia se desconocen; pero es muy posible que este paciente haya curado definitivamente.

Embrioma benigno: Tratamiento, excisión quirúrgica y sutura. El resultado inmediato curación, resultado definitivo curado; al presente no hay recidiva local ni general; vivo año y medio después del tratamiento sin ninguna manifestación morbosa.

Linfangioma: tratamiento, excisión quirúrgica y sutura; resultado inmediato bueno; lesión cicatrizada; resultado definitivo curado; supervivencia, vivo cuatro años después del tratamiento. De las lesiones catalogadas como premalignas; una leucoplasia tratada con 600.000 unidades de Penicilina y observación; el resultado inmediato, mismo estado; 4 meses después también presentaba el mismo estado; supervivencia desconocida debido a imposibilidad de localizar a este individuo. Siendo la leucoplasia la antesala de la lesión maligna, a este paciente no debieron haberlo tratado en la forma que está apuntada, sino que, debieron instituir, o bien tratamiento de radiación a la lesión y desecación electroquirúrgica si quedaban restos de ésta después de la radiación, o bien electrocirugía sola seguida de estrecho control posterior al tratamiento, previniendo en esta forma el posible desarrollo de una lesión maligna.

En este caso, se cometió un grave error al tratarlo únicamente con Penicilina, ya que con este tratamiento no iba a influenciar se su lesión, pues no era de origen luético como prueba la serología negativa. Es sospechoso que este paciente haya fallecido a consecuencia de una lesión maligna posterior a su leucoplasia ya que fué imposible de localizarlo. En el grupo de lesiones consideradas como carcinomatosas y las carcinomatosas comprobadas, el tratamiento a seguirse fué el siguiente: 3 casos tratados con radium, 15 casos tratados con Rx. 2 casos tratados con Rx. y Radium; ningún caso tratado con cirugía sola; 1 caso tratado por el método de radiación y cirugía; 5 casos en que no se aplicó ningún tratamiento.

De los tres casos tratados con radium, a uno de los pacientes se le aplicaron 10 agujas de 2 mgm. cada una, recibiendo una dosis total de 3840 mgm. en 8 días. El resultado inmediato fué clínicamente curado; el resultado definitivo malo, el paciente falleció dos años después del tratamiento. Al segundo paciente se le hizo una implantación de 9 agujas de 1 mgm. cada una, recibiendo en cinco días 7200 r., el resultado inmediato mejoría, el resultado definitivo mejoría, se desconoce la supervivencia de este paciente, pues fué imposible localizarlo.

Es de suponer que haya fallecido puesto que no fué ni siquiera catalogado como clínicamente curado. Al tercero de estos pacientes se le aplicaron 7 agujas de 5 mgm. cada una, recibiendo un total de 11.500 r. en todo el tratamiento, no se especifica en cuantos días. El resultado inmediato mejorado, el resultado definitivo malo, el paciente falleció 1 año y 2 meses después del tratamiento.

De los 15 casos tratados con Rx. solamente, podemos decir, que el resultado inmediato y definitivo al tratamiento fué desastroso, como lo prueban la época que sobrevivieron estos enfermos. De todos los casos tratados el que más vivió fué 3 años y el que menos sobrevivió fué 3 meses, y los demás sobrevivieron en un período que osciló entre 6 a 18 meses. Estos resultados nos vienen a demostrar que, no es recomendable la terapia de Rx. sola para cáncer de la lengua, pues los hechos prueban que el resultado final no viene siquiera a ser un alivio comparado con los riesgos que entraña la radiación para el enfermo. El fracaso de este tratamiento es debido no solo a la radiación, sino también a otros factores tales como: dosis insuficientes o excesivamente altas, etc.

Por otra parte, estos tratamientos de radiación hubieran sido talvez exitosos; si la roentgenoterapia, se hubiera combinado con aplicaciones de teluradio o bien la implantación suplementaria de semillas de radón, ya que varios de estos casos tenían su localización en los tercios posteriores o en la base de la lengua. Desgraciadamente en nuestro país no contamos para tratamiento de cáncer, con aparatos de teluradio ni con semillas de radón.

De los dos casos tratados con Radium y Rx. tenemos el tratamiento instituido en la siguiente forma; al primero: 9 aplicaciones de Rx. ignorándose la cantidad dada, luego implantación dos meses después, de 5 agujas de 2 mgm. de Radium, dando un total de 340 mgm. en 34 horas; el resultado inmediato fué una cicatrización casi total de la lesión, pero las metástasis fueron muy poco influenciadas por la radiación; el resultado definitivo fué una mejoría que hizo al paciente sobrevivir 3 años. Este caso fué tratado en forma inadecuada puesto que fué tratado con radiación primero sin éxito, y por esta razón le implantaron agujas de Radium sobre su lesión; este tratamiento tuvo poca, por no decir ninguna, influencia, sobre la metástasis, lo cual viene a demostrar que fué mal tratado; pues si consideramos que este paciente sobrevivió tres años, con esta forma de tratamiento, bien pudo haber sobrevivido más tiempo y aún talvez curado definitivamente, si a la terapia de radiación se le hubiera agregado la excisión quirúrgica de la lesión, seguida de operación radical del cuello, ya que había diseminación

ganglionar cervical. Al segundo caso se le dieron 30 aplicaciones de Rx. por la técnica de Coutard y luego la aplicación posterior de 4 agujas de 2mgm dándole un total de 133 mgm. hora durante 72 horas. Desgraciadamente se desconoce el resultado tanto inmediato como definitivo de este paciente; es de suponer que falleció directamente de su lesión ya que no volvió a saberse de él. Se puede afirmar de estos datos que el tratamiento de Rx. y Radium en estos pacientes ha sido un fracaso, ya que con este tipo de terapia tampoco se obtuvo ninguna supervivencia de 5 años.

El único caso tratado con radiación primero y cirugía después, realmente no fué planeado conforme a la indicación del tratamiento combinado, sino que a este paciente se le aplicó Roentgenoterapia, dándole el alta como clínicamente curado, pero posteriormente en un control, se le hizo nuevamente una biopsia de su lesión lingual, encontrándose un carcinoma activo; por esta razón, se le practicó hemiglossectomía resección del piso de la boca, hemimandibulectomía y disección radical del cuello; fué por medio de este tratamiento, que la paciente un año después no presentaba recidiva local ni general; y en la actualidad dos años después no presenta evidencia de malignidad local, ni general. Desgraciadamente no podemos decir que esto ha sido un éxito rotundo, puesto que falta la prueba final que sólo el tiempo lo dará.

Los cinco casos en los cuales no se instituyó tratamiento específico, los resultados fueron pésimos y de estos casos el que más sobrevivió fué un año y el que menos dos meses. En la mayor parte de estos enfermos no se instituyó tratamiento por haberlo rehusado y en otros, negligencia de parte del médico.

Corolario: Del análisis de este estudio, vemos que el tratamiento que se instituyó a este grupo de pacientes, ha sido sumamente defectuoso, en lo que se refiere a la terapia de los tumores malignos, los cuales debieron haber sido discutidos entre un grupo de los diferentes conocedores del problema y luego hacerles ver a los pacientes, la necesidad y las ventajas del tratamiento a instituirseles y una vez de común acuerdo, llevar a cabo el tratamiento en colaboración tanto del enfermo como del grupo de médicos tratantes.

El tratamiento de las lesiones benignas fué tratado más o menos de acuerdo con el tipo de lesión, obteniéndose éxito en casi todas, salvo algunas en que hubo negligencia tanto por parte del enfermo como del personal.

En cuanto a las lesiones no tumorales, la glositis luética no fué tratada conforme indica su etiología, lo cual denota un grave error y descuido de parte del Médico.

CONCLUSIONES

De este estudio, aunque bastante incompleto, deducimos que los tumores linguales son bastante frecuentes, sobre todo en lo que se refiere a tumores malignos, pues el porcentaje de ellos se acerca al porcentaje del de los países extranjeros; siendo este alrededor del 1.5% de todos los cánceres en general.

Los tumores benignos en nuestro país, se han encontrado indistintamente en las edades comprendidas entre 0 y 69 años.

Los tumores malignos son más frecuentes en nuestro país en la quinta década de la vida.

De estas lesiones malignas en nuestro medio, el más alto porcentaje fué encontrado en el sexo femenino, ignorando verdaderamente la causa de esta anomalía, ya que en casi todas partes del globo este tipo de lesiones es más frecuente en el sexo masculino, a excepción de Suecia, en donde la frecuencia es bastante alta en la mujer (40%). Sin embargo, puede atribuirse a que en nuestro país, la mujer, sobre todo las de las clases indigentes, fuman tanto como el hombre, las condiciones higiénicas orales son pésimas, posiblemente las lesiones producidas por avitaminosis tengan alguna relación, aunque esto hay que considerarlo con muchas reservas; lo mismo podría decirse en cuanto a la sífilis, como factor etiológico, ya que no hay estudio completo de la causa a efecto en el grupo analizado.

Desafortunadamente estas hipótesis emitidas no pueden afirmarse, ya que el estudio tan deficiente de estos casos no permite hacerlo, puesto que en las diferentes historias tomadas a estos pacientes, en casi ninguna por no decir ninguna, se dió importancia a la posible etiología de la lesión.

Desconocemos en nuestro estudio también, cuál es el síntoma primordial de las lesiones malignas, pues tampoco en las historias se investigó siempre éste.

El tipo de lesión más frecuentemente encontrado, fué la úlcera carcinomatosa y el tipo histológico, el carcinoma epidermoide.

En muchos de los casos, se dió poca importancia al estudio histopatológico de las lesiones, conformándose únicamente con el diagnóstico clínico.

Se dió también poca importancia, a la serología para sífilis en pacientes con lesiones sospechosas de ser malignas; pues según Fournier, en un 30% la sífilis desempeña un papel etiológico primordial en este tipo de cáncer, como factor desencadante.

El tratamiento instituido a la mayoría de los casos fué defectuoso y más defectuoso aún el control periódico de estos enfermos.

La supervivencia de los diferentes enfermos en las cuales no hay ninguna de 5 años, nos muestra que todo lo que se hizo fué infructuoso.

RECOMENDACIONES

De lo anteriormente expuesto podemos formular las siguientes recomendaciones:

- 1º) A cualquier paciente que consulte por una lengua sintomática, debe hacérsele un estudio completo de su enfermedad, considerando su edad, sexo, causa de su consulta, anamnesis detallada, sintomatología, sitio de la lesión, morfolología de la misma, investigación de metástasis, biopsia, serología y demás exámenes complementarios para elección del tratamiento.
- 2º) Una vez completado este estudio, remitirlo al cancerólogo para que éste, en equipo con los diferentes especialistas, es decir; él, el patólogo, el Oto Rino Laringólogo y el radioterapeuta, decidan el tipo de tratamiento que mejor le conviene al paciente.
- 3º) Una vez instituido el tratamiento, lograr por todos los medios posibles, mantener un control estricto de estos pacientes, en forma periódica para valorar si el tratamiento fué efectivo o si fué un fracaso.
- 4º) De ser posible, sería ideal mantener estrecho contacto con los pacientes ya tratados, por medio del Departamento Médico Social del Hospital Rosales o por medio de los Educadores sociales de la Dirección General de Sanidad, para que en fechas determinadas se presenten a los consultorios y ser nuevamente chequeados en la evolución de su enfermedad; lo mismo que sería de gran ayuda el darles conferencias en sus hogares, ilustrándoles acerca del peligro que representan estas lesiones si son abandonadas, y de las ventajas que pueden lograr, si continúan tratándose o chequeándose, para lograr un largo alivio o la curación completa de su enfermedad.
- 5º) De importancia primordial, es la creación y funcionamiento de campañas de divulgación sobre el cáncer, para que se inculque en la mente de las personas, el peligro que representa esta enfermedad, que puede ser curada siempre que sea vista en sus primeras etapas, y cuando todavía tiene posibilidades de ser curada completamente.
- 6º) Es imperioso que en nuestro país se funde, un Instituto de

Investigación del Cáncer, que esté dotado de todos los medios necesarios para su descubrimiento precoz y para su tratamiento, Centro el cual debe estar dotado de un personal médico que trabaje en equipo, en forma justa y equánime con los cancerólogos, pues sólo así podrá vencerse este terrible mal.

-oOo-

B I B L I O G R A F I A

- - - - -

- 1) Ward, Grant E. and Hendrick, James W.: Diagnosis & Treatment of Tumors of the Head and Neck. 1950 Edition. Pags. 211 to 241, 271 to 303, 456 to 462.
- 2) Ackermann y Regato: Cáncer - Diagnóstico, Tratamiento y - Pronóstico. 1951 Edición en Castellano. Pags. 237 a 257 y 359 a 365.
- 3) Sosa Orellana, Mario: Cáncer en El Salvador - Estudio Analítico de 1.750 casos. Tesis Doctoral - Pags. 32 a 38. Septiembre 1954.
- 4) Pessano, Dr. Juan Esteban: Cáncer - Inducción a su Diagnóstico. 1947. Pags. 91 y 92.
- 5) Christopher, Frederick: A. Text Book of Surgery - 5th Edition, 1949, pag. 743.
- 6) Forgue, E.: Manual de Patología Externa - Tomo II, 8a. Edición. Pags. 255 a 262.
- 7) Snitman, Maurice F.- M.D. - Chicago, Ill.; Surgery in Intra Oral Cancer Article of the Anals of Otology-Rhinology & Laringology. Pags. 1076 to 1079. Dec. #4 - 1952.
- 8) Mead, Sterling V.: Diseases of the Mouth, 5a. Edition - Pags. 542 a 543, 1940.
- 9) Ewing, James: Oncología, 4a. Edición, 1948. Pags. 958 a 968.
- 10) Posada h., Ricardo: Contribución a la Lucha Contra el Cáncer en Centro América, Pags. 18 y 19.
- 11) Boyd, William: Surgical Pathology. Pag. 215, Sixth Edition, 1948.
- 12) Cade, Sir Stanford: Malignant Disease and its Treatment By Radium. Volume II, Second Edition, 1949. Pags. 31 a 89.
- 13) Portman. U.V.: Clinical Therapeutic Radiology - 1950 - Pags. 121 a 125.
- 14) Paterson, Ralston: The Treatment of Malignant Disease by Radium and X-Rays. Being a Practice of Radiotherapy - 1951 Pags. 12 a 29 y 206 a 237.